



## OECD:n terveydenhuollon laatu- indikaattorit Suomessa 2011-2012

### OECD:s kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvården i Finland 2011–2012

### OECD health care quality indicators in Finland 2011–2012

Päivi Hämäläinen  
+358 29 524 7665  
paivi.hamalainen@thl.fi

Mika Gissler  
+358 29 524 7279  
mika.gissler@thl.fi

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos  
PL 30 (Mannerheimintie 166, Helsinki)  
00271 Helsinki  
Puhelin: + 358 29 524 6000  
www.thl.fi

# OECD:n terveydenhuollon laatuindikaattorit Suomessa 2011–2012

22.8.2014

Suomen terveydenhuolto selviytyy kohtalaisesti, kun sitä tarkastellaan OECD:n terveydenhuollon laatuindikaattoreilla (laatuosoittimilla). OECD:n kehittämiä laatuosoittimia käytetään palvelujärjestelmien muutosten seurantaan ajassa tai vertailtaessa eri palvelujärjestelmiä keskenään.

Aluetason tarkastelusta on vähän kokemuksia. Viidestätoista laatuindikaattorista ja syöpäseulontojen indikaattoreista on mukana sairaanhoitopiiritasoiset luvut. Sairaanhoitopiirien keskinäinen sijoittuminen vaihtelee suuresti indikaattoreittain. Kaikki saivat maan keskiarvoa paremman lukuarvon vähintään kolmen indikaattorin osalta. Yksikään ei saanut kaikkien indikaattoreiden osalta maan keskiarvoa parempaa lukua. Parhaiten sijoituivat Keski-Suomen (11/15)\* ja Kymenlaakson (13/15)\* sairaanhoitopiirit.

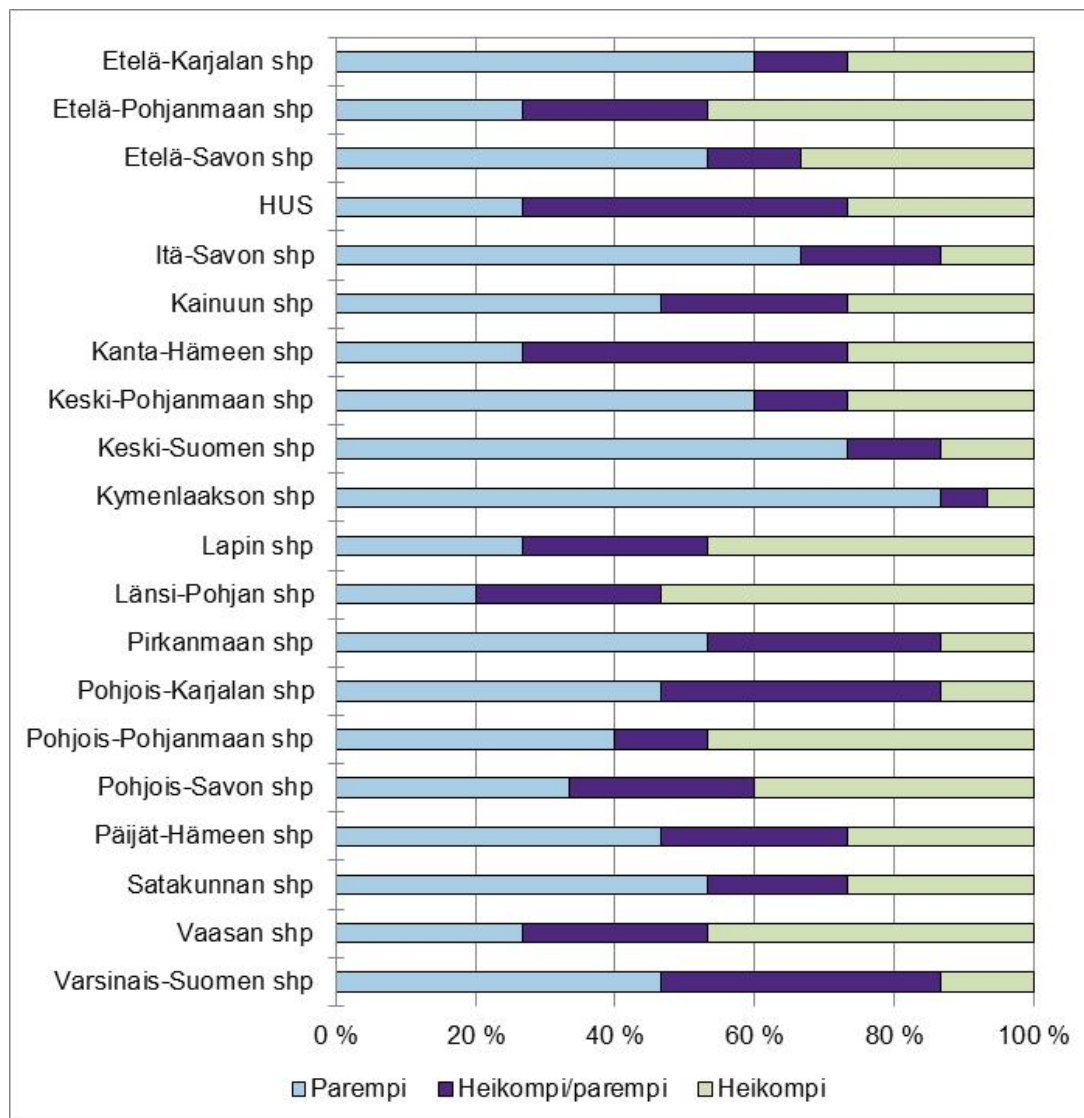
Koko maan osalta Suomen luvut ovat OECD-maiden keskiarvoa paremmat lasten rokotusohjelmien peittävyudessa, lasten ja nuorten astmakuolleisuudessa, keuhkohtaumataudin aiheuttamien vuodeosaston hoitajaksojen määrässä, skitsofreniaa ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien joutumisessa 30 päivän kuluessa takaisin sairaalan vuodeosastolle hoitajakson jälkeen synnytystapahtumaan liittyvien potilasturvallisuuden osoittimien ja sekä vierasesineiden leikkausalueelle jäämisen ja toimenpiteiden jälkeisten verenmyrkytysten ilmaantumisen suhteen.

Kohdunkaulan ja rintasyövän joukkotarkastuksiin Suomessa osallistutaan OECD:n keskiarvoa useammin ja rintasyövän viiden vuoden suhteellinen eloonjäämisluku on keskiarvoa parempi.

OECD:n keskiarvon tasolle tai sitä heikommaksi Suomi jää vanhusten influenssarokotusten kattavuudessa, diabeteksen ja astman aiheuttaminen vuodeosastohoitajaksojen määrässä sekä potilasturvallisuusindikaattoreiden osalta keuhkoveritulpan ja laskimotukoksen esiintyvyydessä leikkaustoimenpiteen jälkeen vuodeosastohoidossa. Myös kohdunkaulan syövän suhteellinen eloonjäämisluku on hiukan tätä keskiarvoa alempi.

\*) Korjattu 29.8.2014. Aikaisemmin julkaistu virheellinen tieto, jossa Keski-Suomen ja Kymenlaakson luvut olivat vaihtaneet paikkaa.

**Kuvio 1. Viidentoista OECD:n laatuindikaattorin arvot sairaanhoitopiireittäin suhteessa koko maan keskiarvoon (liitetaulukkoissa 1-3 olevat indikaattorit).**



Parempi = sairaanhoitopiirin indikaattorin arvo oli parempi kuin koko Suomen keskiarvo.

Heikompi/Parempi = sairaanhoitopiirin indikaattorin arvo oli toisella sukupuolella parempi ja toisella heikompi kuin koko Suomen keskiarvo (vain ne indikaattorit, joissa tiedot on annettu sekä miehille että naisille).

Heikompi = sairaanhoitopiirin indikaattorin arvo oli heikompi kuin koko Suomen keskiarvo.

# Sisällysluettelo

1. Tartuntatautien torjunta .....	3
2. Krooniset sairaudet .....	4
3. Mielenterveyden ongelmat .....	14
4. Potilasturvallisuus.....	20
4.1 Synnytykset.....	20
4.2 Kirurgiset toimenpiteet.....	24
5. Syöpäsairaudet .....	32

## 1. Tartuntatautien torjunta

Tartuntatautien torjuntaa kuvaavat osoittimet liittyvät perusterveydenhuollon toimintaan, mutta kuvaavat myös laajemmin kykyä organisoida tartuntatautien ehkäisyä yleensä sekä lasten ja vanhusten terveyden edistämistä erityisesti. 65 vuotta täyttäneiden onnistunut rokottaminen kausi-influenssaa vastaan kuvastaa ehkäisevän terveydenhuollon toimintakykyä. Kausi-influenssaan liittyy lisääntynyttä kuolleisuutta ja terveystalvelujen käyttöä. Suomessa rokotettujen osuus (38,5 %) on OECD-maiden keskiarvoa selkeästi matalampi (50,2 %). Länsi-Euroopan maista ainoastaan Itävalalla ja Norjalla on Suomea pienempi rokotuskattavuus (Taulukko 1). Vuodesta 2013 alkaen THL julkaisee alueellisia rokotuskattavuustilastoja mm. 65 vuotta täyttäneiden influenssarokotuksen kattavuudesta Suomessa.<sup>1</sup>

**Taulukko 1. Influenssarokotuksen kattavuus 65 vuotta täyttäneillä valituissa OECD-maissa vuonna 2011, % ikäluokasta**

	Osuus ikäluokasta, %
Alankomaat	74,0 (2009)
Britannia	74,0
Yhdysvallat	66,9
Uusi-Seelanti	65,5
Kanada	64,4
Ruotsi	64,0 (2008)
Italia	62,7
Espanja	57,7

<sup>1</sup> [http://opus.thl.fi/group/rokostat/coverage/influenza\\_20132014/influ\\_shp.html](http://opus.thl.fi/group/rokostat/coverage/influenza_20132014/influ_shp.html)

Saksa	56,1 (2009)
Ranska	55,2
Japani	53,0 (2010)
<b>OECD-maat</b>	<b>50,2</b>
Portugali	48,3 (2010)
Sveitsi	46,0 (2010)
Tanska	45,6 (2010)
<b>Suomi</b>	<b>38,5</b>
Unkari	29,9
Norja	14,1
Viro	0,9

Lähde: OECD Health at a Glance 2013.

Suomessa lasten osallistuminen rokotusohjelmaan on säilynyt hyvänä. OECD:n laatuosoittimiin on otettu mukaan kurkkumätää, jäykkäkouristusta ja hinkuyskää vastaan rokotettujen yksivuotiaiden lasten osuus ikäryhmästä sekä vastaava tuhkarokkorokotusten peittävyys. Kolmoisrokotuksen peittävyys vuonna 2011 oli Suomessa 99 %. Yhdellätoista parhaalla maalla oli yhtä korkea kattavuus. OECD keskiarvo oli 96 %. Tuhkarokkorokotuksen osalta OECD keskiarvo on 94 % ja vastaava Suomen luku 97 %. Tämänkin rokotuksen osalta maamme tilanne on siten selvästi OECD-keskiarvoa parempi, mutta Suomi sijoittuu vertailussa vasta jaetulle 13. sijalle. OECD-laatuosoittimena on myös hepatiitti B-rokotusten kattavuus, mutta tämä rokotus ei ole Suomessa yleisessä rokotusohjelmassa eikä sen osalta ole ollut vastaavaa peittävyystietoa saatavilla. Lisätietoja eri OECD-maiden rokotusten kattavuudesta löytyy OECD:n terveystilastojen tietokannasta<sup>2</sup>. Suomessa rokotuksista on perinteisesti kerätty tietoa kyselytutkimuksin, mutta perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitustiedonkeruun tultua kattavaksi on siirrytty keräämään tieto suoraan terveyskeskuksista heti rokotuksen antamisen jälkeen. Uuden tiedonkeruutavan vuoksi jatkossa on mahdollista raportoida myös alueellisen tason tietoja.

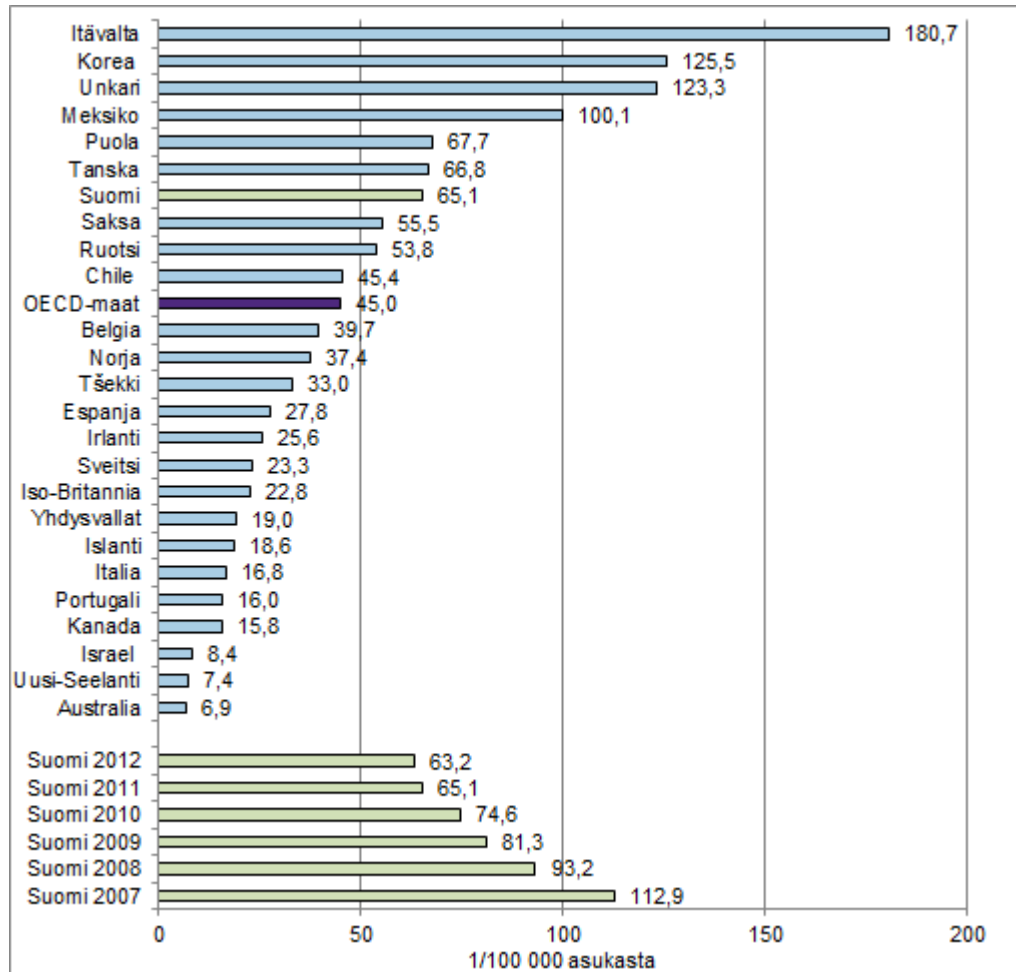
## 2. Krooniset sairaudet

Diabetesta koskevaksi laatuosoittimeksi on valittu 15 vuotta täyttäneiden vuodeosastohoitojaksot diabetespäädiagnoosilla ilman merkintöjä diabeteksen komplikaatioista. Suomessa hoidetaan diabeteksen vuoksi vuodeosastolla potilaita jonkin verran OECD-keskiarvoa useammin, mutta hoitojaksojen määrä on vähentynyt selvästi vuosina 2007–2011 (Kuvio 2). Sairaanhoidopiirien välillä on merkittäviä eroja. Myös sukupuolten väliset erot ovat selviä. Miehet joutuvat vuodeosastolle useammin kuin naiset (Kuvio 3). Diabetes lisää kuolleisuutta ja sen komplikaatioiden hoito aiheuttaa suuria kansantaloudellisia kustannuksia. Tautia ehkäisevien elintapojen edistäminen ja sairastuneiden hyvä, komplikaatioita estävä, hoito ovat ensisijaisesti perusterveydenhuollon tehtäviä. Tämä osoitin kuvaa tilannetta, jossa diabetes ei ole pysynyt

<sup>2</sup> OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

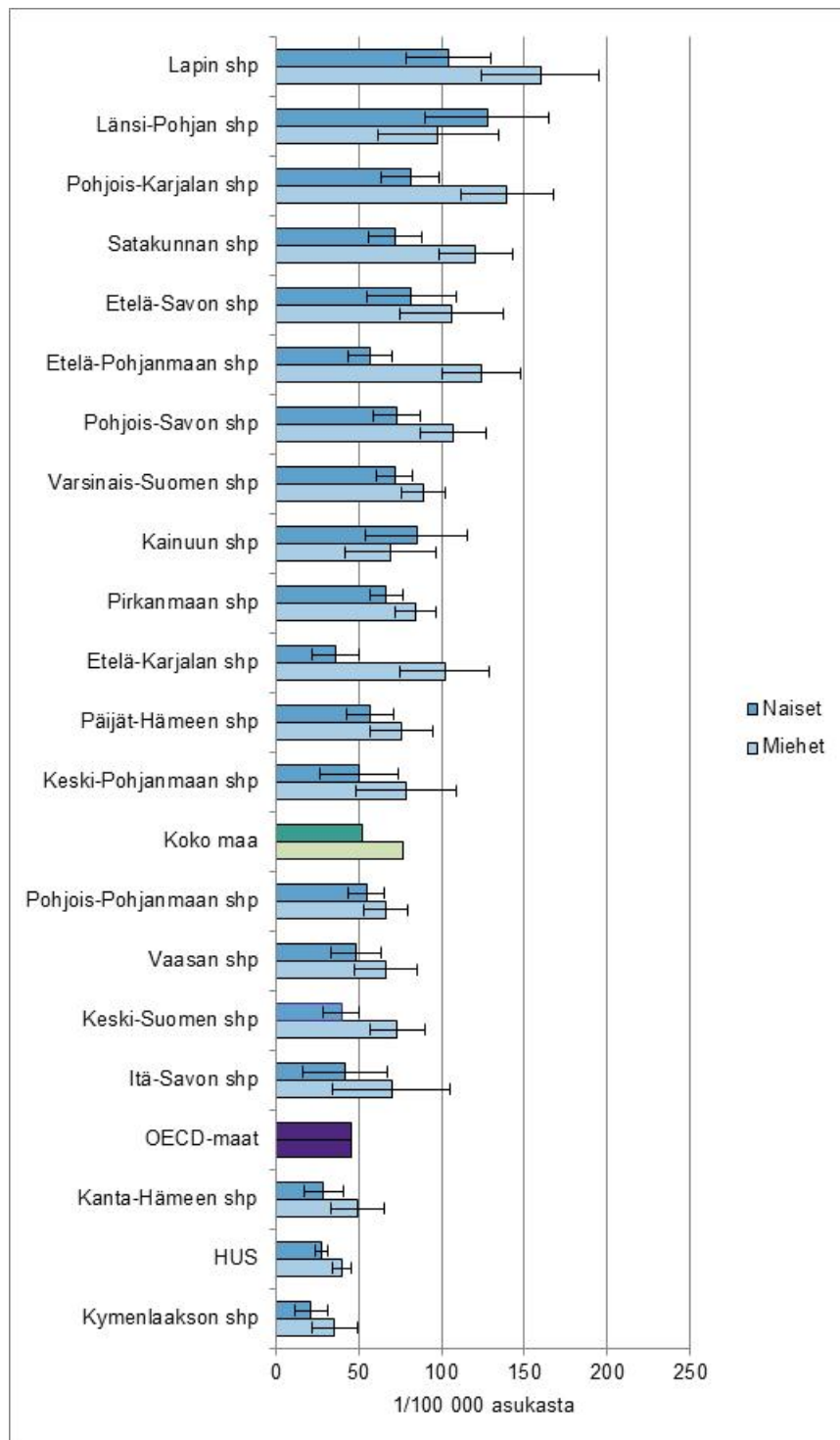
hoitotasapainossa perusterveydenhuollon toimenpitein tai uusi diabetestapaus on löytynyt vasta tilanteessa, jossa potilaan kunto vaatii sairaalan vuodeosastohoitoa.

**Kuvio 2. 15 vuotta täyttäneiden hoitajaksot sairaalan vuodeosastolla diabeteksen vuoksi diabetespäädiagnoosilla ilman merkintöjä diabeteksen komplikaatioista 100 000 asukasta kohti OECD-maissa 2011 ja Suomessa 2007–2012**



Lähde OECD-maiden osalta: OECD Health at a Glance 2013.

**Kuvio 3. 15 vuotta täyttäneiden hoitajaksot sairaalan vuodeosastolla diabeteksen vuoksi diabetespäädiagnoosilla ilman merkintöjä diabeteksen komplikaatioista 100 000 asukasta kohti sukupuolittain ja sairaanhoitopiireittäin 2012 ja OECD-maiden keskiarvo 2011<sup>1)</sup>**



Lähde OECD-maiden osalta: OECD Health at a Glance 2013.

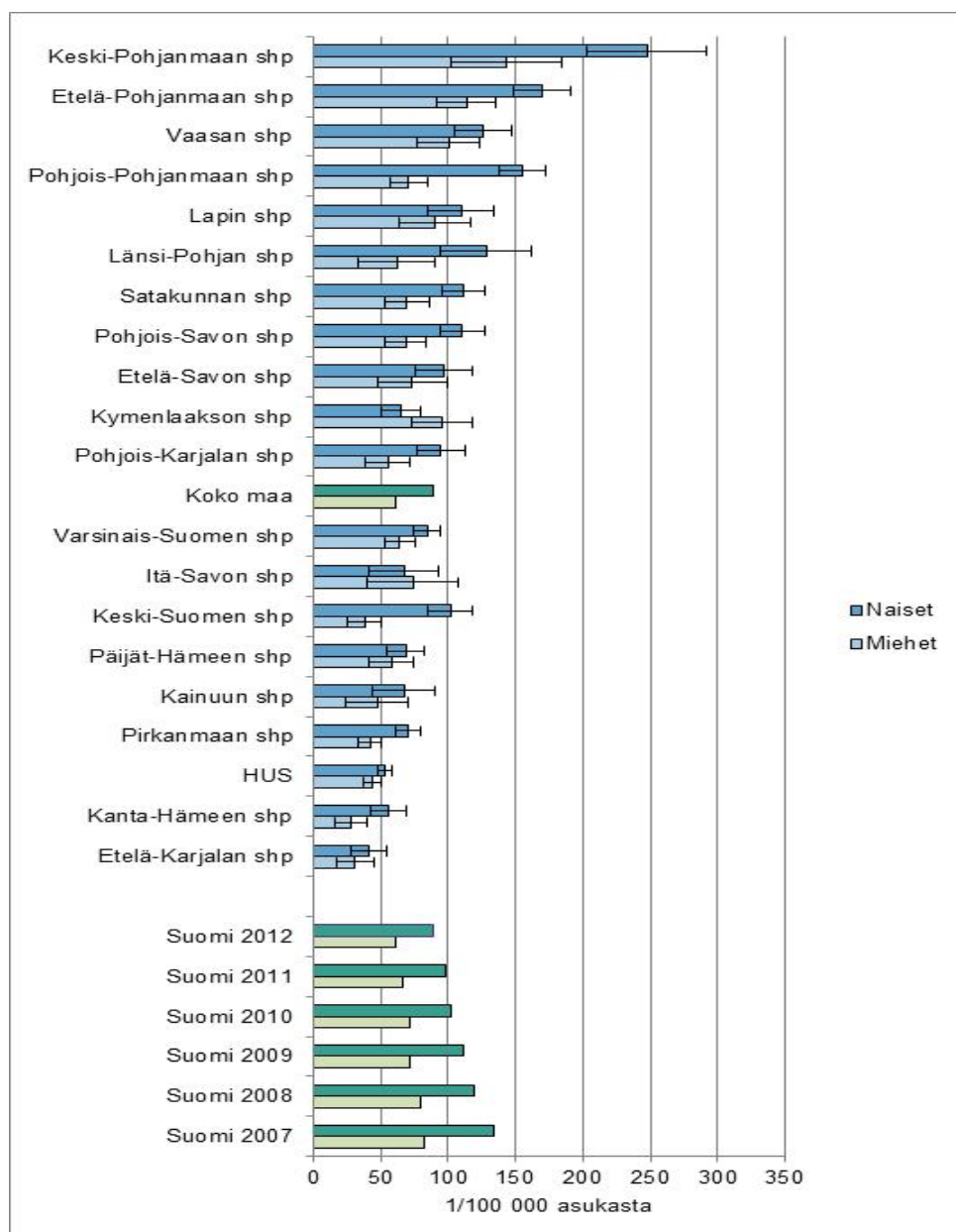
1) Sairaanhoitopiireittäisiin lukuihin on laskettu 95 prosentin luottamusväli, ks. käsitteet.

Verenpainetaudin ja sydämen vajaatoiminnan hoito on pääasiallisesti perusterveydenhuollon tehtävä. Suomessa vuodeosastohoito sairaalassa verenpainetaudin vuoksi on jonkun verran vähentynyt ajanjaksolla 2007–2012 (Kuvio 3). Sairaanhoitopiirien välillä on jonkun verran eroja verenpainepotilaiden hoidossa. Pohjanmaan sairaanhoitopiireissä vuodeosastolle joudutaan verenpainetaudin vuoksi muuta maata useammin (Kuvio 4).

Vuodeosastohoitoon joutuminen sydämen vajaatoiminnan vuoksi on aikavälillä 2007–2012 pysynyt hyvin tasaisena (Kuvio 5). Sairaanhoidopiirien välillä on kuitenkin eroja. Vuodeosastohoito sydämen vajaatoiminnan vuoksi on yleistä eri sairaanhoidopiireissä kuin verenpainetaudin vuodeosastohoito. (Kuviot 4 ja 5). Verenpainetaudin ja sydämen vajaatoiminnan vuoksi tapahtuneita vuodeosaston hoitojaksoja ei osoittimena ollut mukana vuoden 2013 OECD:n Health at a Glance -raportissa. Kansainvälisiä lukuja on saatavissa aikaisemmilta vuosilta (OECD Health at a Glance 2011, Gissler ym. 2012).

Sydän- ja verisuonisairauksiin liittyvät myös OECD:n terveydenhuollon laatuosoittimet, jotka koskevat kuolleisuutta akuuttiin sydäninfarktiin, aivoinfarktiin ja verenvuotoiseen aivohalvaukseen. Ne tarkastelevat palvelujärjestelmän toimintaa pääasiassa erikoissairaanhoidon toimintakyvyn näkökulmasta. Akuutin sydäninfarktin ja aivoinfarktin osalta Suomessa julkaistaan sairaaloita vertailevaa tietoa Perfect-hankkeessa<sup>3</sup>.

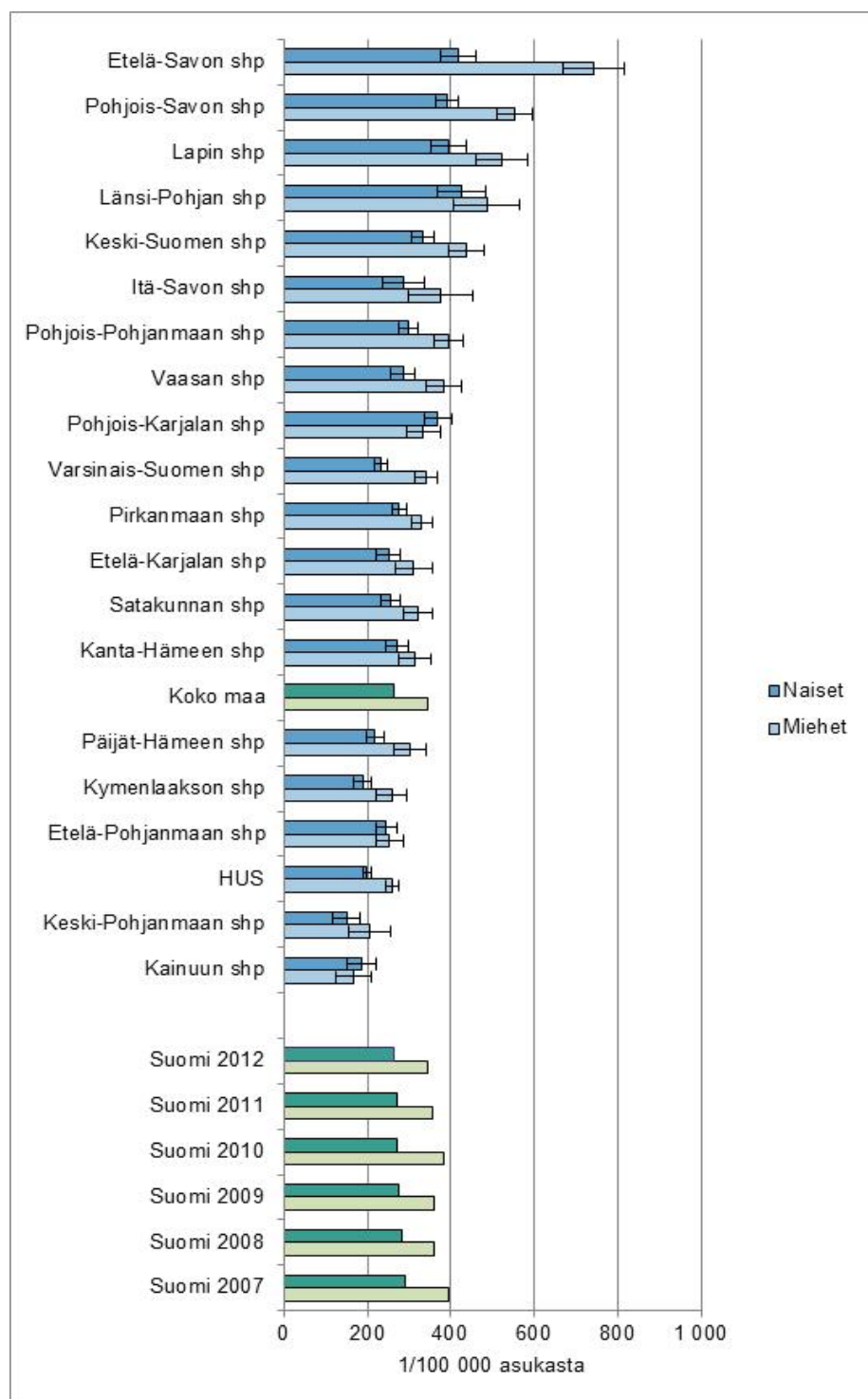
**Kuvio 4. 15 vuotta täyttäneiden hoitojaksot sairaalan vuodeosastolla korkean verenpaineen vuoksi 100 000 asukasta kohti sairaanhoidopiireittäin ja sukupuolittain 2012 ja Suomessa 2007–2012**



<sup>3</sup> [www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/perfect](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/perfect)



**Kuvio 5. 15 vuotta täyttäneiden hoitojaksot sairaalan vuodeosastolla sydämen vajaatoiminnan vuoksi 100 000 asukasta kohti sairaanhoitopiireittäin ja sukupuolittain 2012 ja Suomessa 2007–2012**



Astma on krooninen sairaus, joka on mahdollista hoitaa perusterveydenhuollossa niin, että astmapotilaita joutuu vuodeosastohoitoon vain harvoin. Kansainvälisessä vertailussa vuoden 2011 tiedoin Suomi on astman vuodeosastohoitoa kuvaavan osoittimen suhteen OECD-maiden keskitasoa heikompi. Osoitinluvut parantuivat vuosina 2007–2011, mutta vuoden 2012 osoitin pysyi ennallaan (Kuvio 6). Alueellisia eroja tarkasteltaessa on muistettava, että Pohjois- ja Itä-Suomessa astman sairastavuus on suurinta, mikä näkyy vuodeosastohoitajaksojen määrissä (Kuvio 7).

Lasten ja nuorten aikuisten astmakuolleisuutta on käytetty terveydenhuollon laatuongelmien osoittimena jo pitkään esimerkiksi Euroopan Unionissa. Suomessa ilmiö on niin harvinainen, että sitä ei voida käyttää aluetasolla mittarina. OECD:n keskiarvo oli 0,18 astmakuolemaa 100 000 vastaavanikäistä asukasta kohti. Suomessa 5–39-vuotiaiden astmakuolemat ovat hyvin harvinaisia. 2000-luvulla näitä kuolemantapauksia ei ole ollut joinakin vuosina lainkaan. Vuonna 2001 sattui 6 kuolemantapausta, muutoin vuosina 2001–2012 tapauksia on ollut vuosittain 0–3 (Tilastokeskus<sup>4</sup>). Lisätietoa luvuista on taulukossa 2.

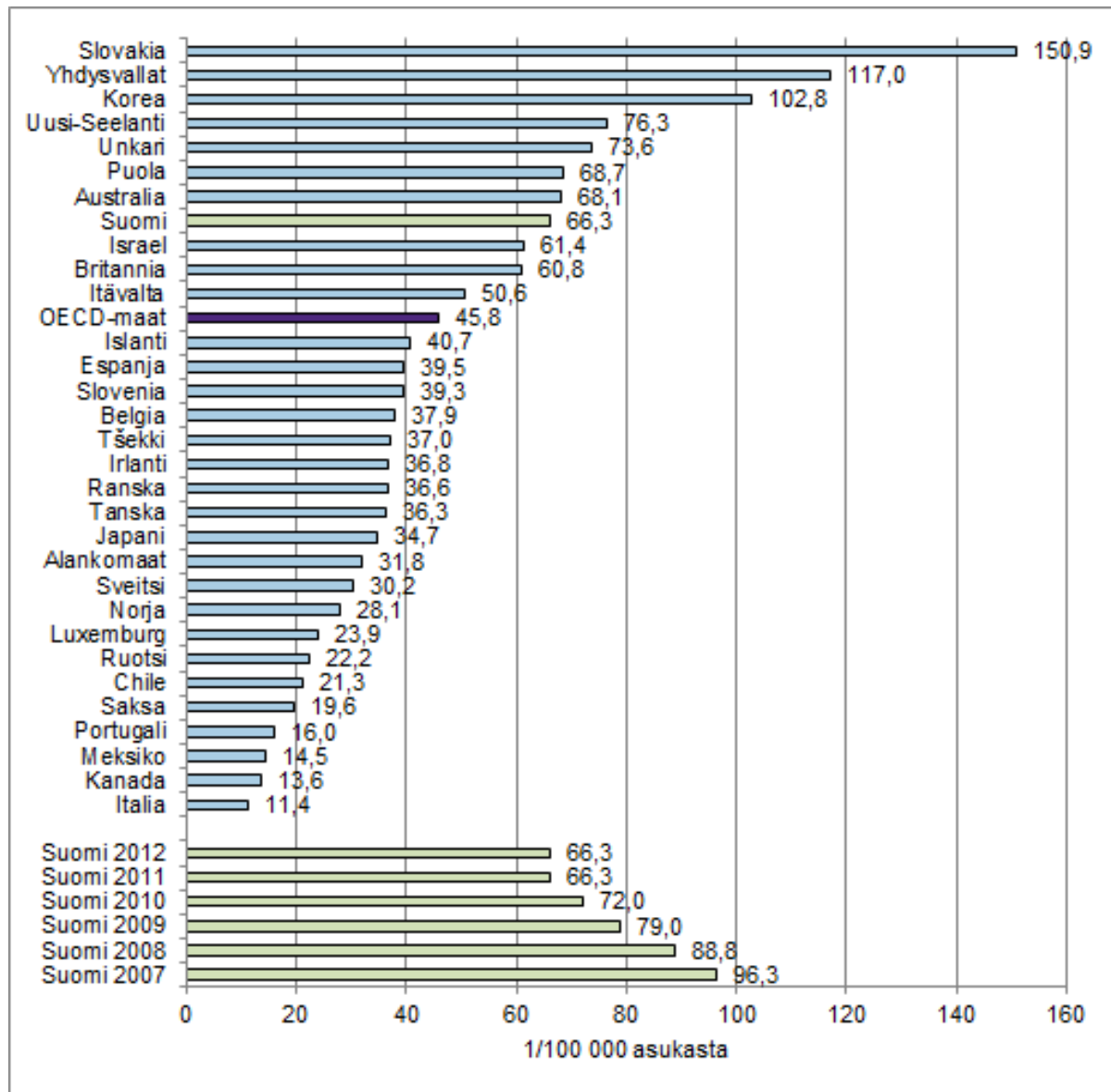
**Taulukko 2. Astmakuolleisuus Suomessa 100 000 asukasta kohti vuosina 2000–2012 (5–39-vuotiaat, yhteensä)**

	Yhteensä	Vuotta kohti	100 000 asukasta kohti
2000–2004	13	2,6	0,11
2005–2009	6	1,2	0,05
2010–2012	5	1,7	0,07
<b>2000–2012</b>	<b>24</b>	<b>1,8</b>	<b>0,08</b>

Lähde: Tilastokeskuksen kuolemansyytilastot

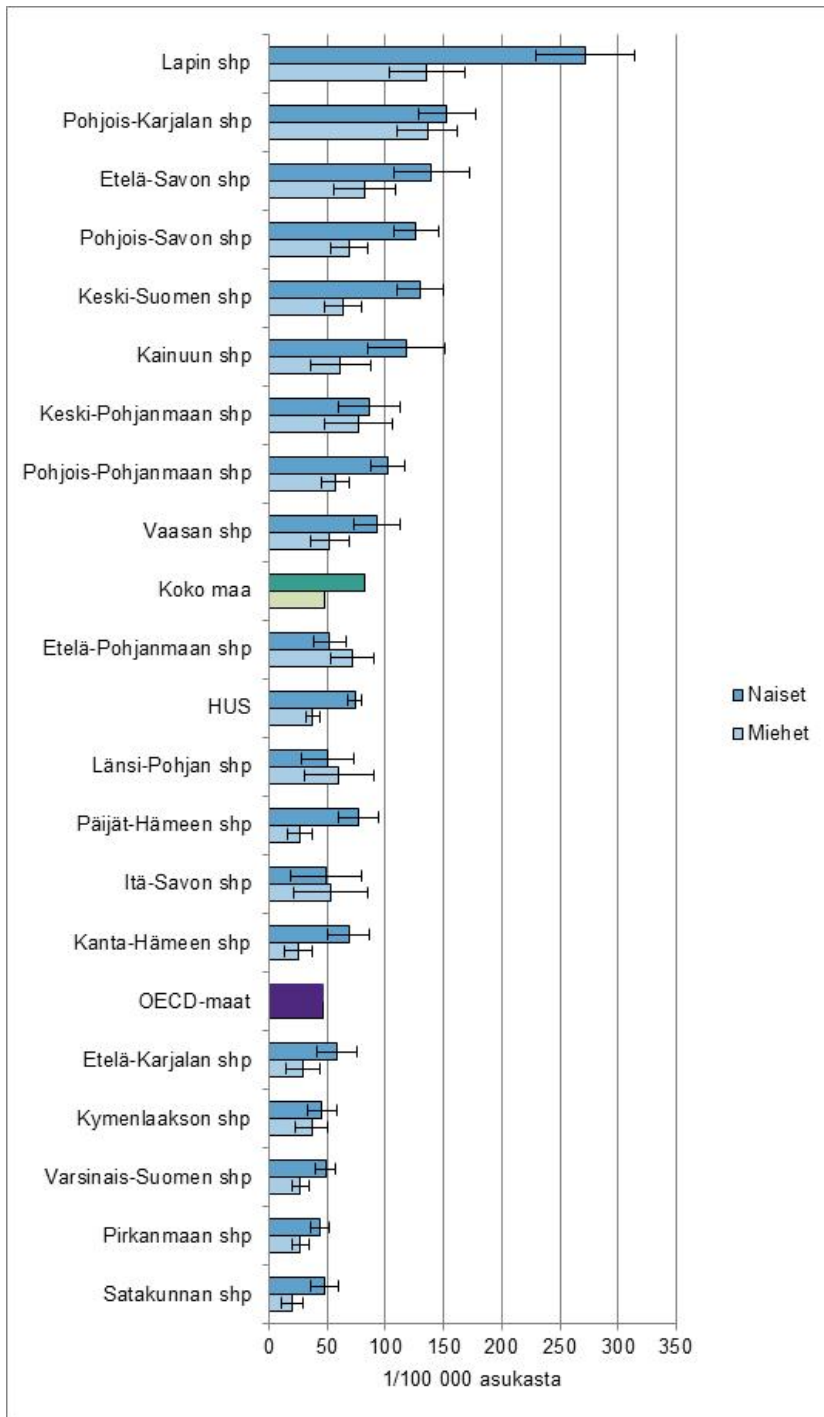
<sup>4</sup> [pxweb2.stat.fi/database/StatFin/Ter/ksyyt/ksyyt\\_fi.asp](http://pxweb2.stat.fi/database/StatFin/Ter/ksyyt/ksyyt_fi.asp)

**Kuvio 6. 15 vuotta täyttäneiden hoitojaksot sairaalan vuodeosastolla astman vuoksi 100 000 asukasta kohti OECD-maissa 2011 ja Suomessa 2007–2012**



Lähde OECD-maiden osalta: OECD Health at a Glance 2013.

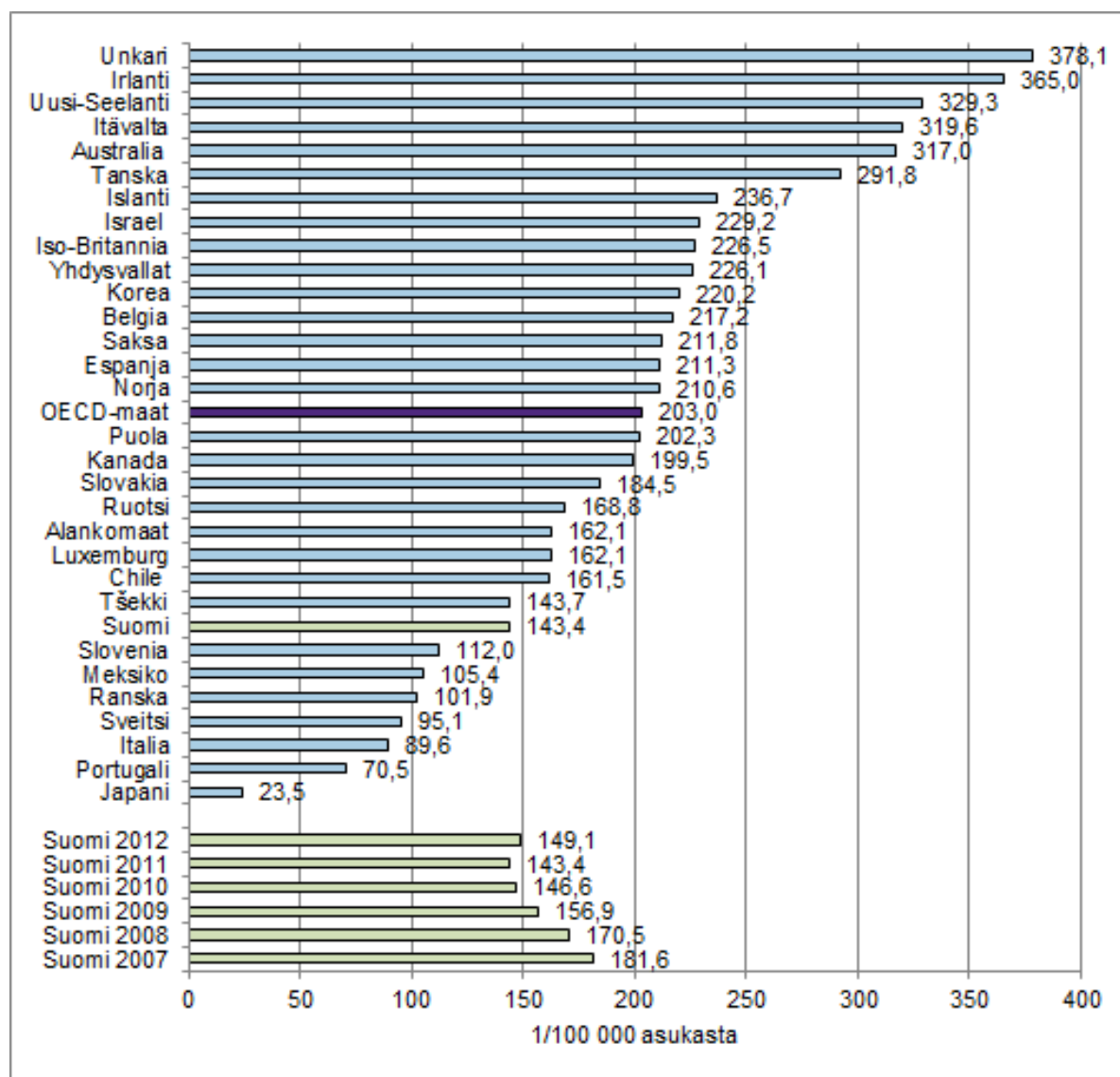
**Kuvio 7. 15 vuotta täyttäneiden hoitajaksot sairaalan vuodeosastolla astman vuoksi 100 000 asukasta kohti sairaanhoitopiireittäin ja sukupuolittain 2012 ja OECD-maiden keskiarvo 2011**



Lähde OECD-maiden osalta: OECD Health at a Glance 2013.

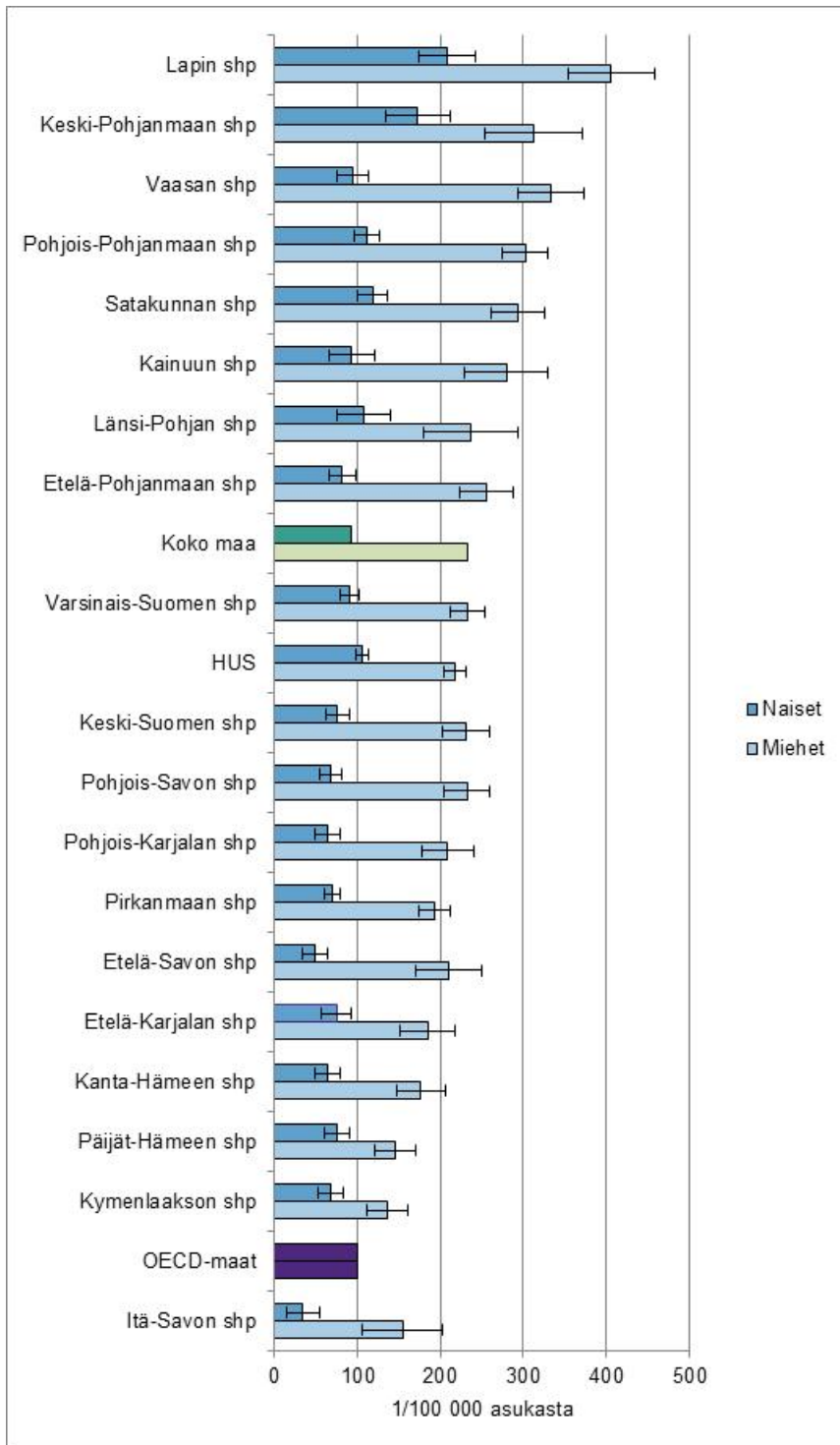
Keuhkohtaumataudin hoidossa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon suhde on muutoin samanlainen kuin astmassa, mutta perusterveydenhuollossa on lisäksi mahdollista puuttua keuhkohtaumataudin esiintyvyyteen ja pahenemiseen tupakoinnin lopettamista tukemalla. Kansainvälisessä vertailussa vuoden 2011 tiedoin Suomi on keuhkohtaumataudin vuodeosastohoitoa kuvaavan osoittimen suhteen OECD-maiden keskitasoa parempi. Keuhkohtaumataudinkin osalta osoitinluvut ovat parantuneet ajanjaksolla 2007–2011, mutta vuoden 2012 osalta on muutosta heikompaan suuntaan. (Kuvio 8). Keuhkohtaumataudin sairaalahoitojaksojen määrässä on alueellisia eroja mutta suurin on ero miesten ja naisten välillä johtuen siitä, että miehillä tupakointi ja sen myötä sairastavuus on yleisempää (Kuvio 9).

**Kuvio 8. 15 vuotta täyttäneiden hoitojaksot sairaalan vuodeosastolla keuhkohtaumataudin vuoksi 100 000 asukasta kohti OECD-maissa 2011 ja Suomessa 2007–2012**



Lähde OECD-maiden osalta: OECD Health at a Glance 2013.

**Kuvio 9. 15 vuotta täyttäneiden hoitojaksot sairaalan vuodeosastolla keuhkohtaumataudin vuoksi 100 000 asukasta kohti sairaanhoitopiireittäin ja sukupuolittain 2012 ja OECD-maiden keskiarvo**



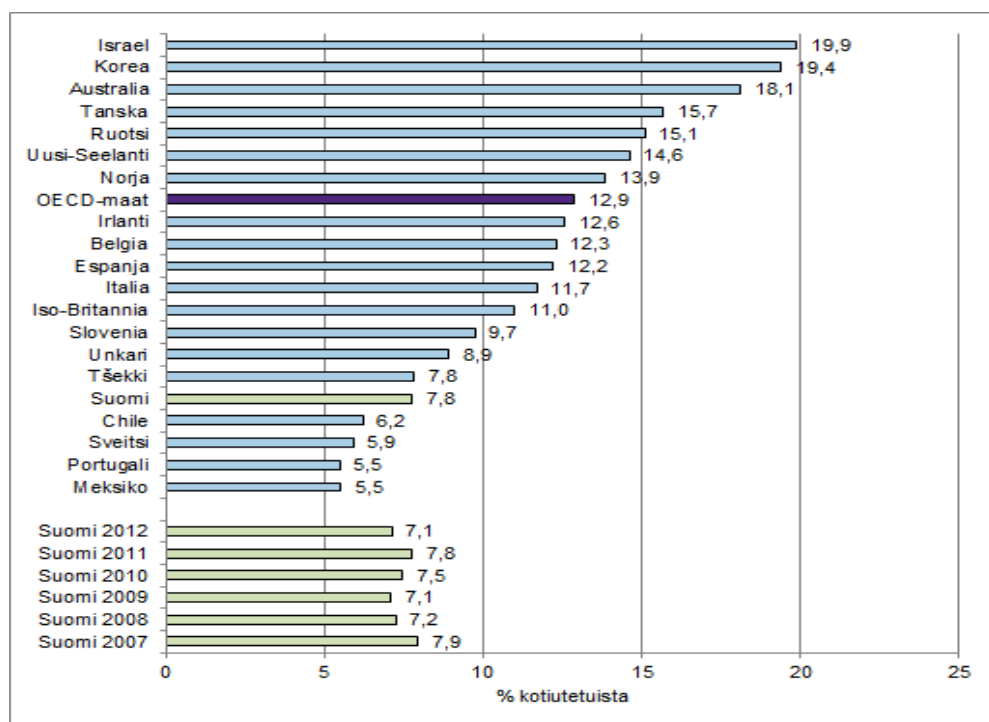
Lähde OECD-maiden osalta: OECD Health at a Glance 2013.

### 3. Mielenterveyden ongelmat

Hyvien mielenterveyspalveluja kuvaavien osoittimien löytäminen on OECD-yhteistyössä ollut vaikeaa, koska toiminnasta on saatavilla hyvin vähän vertailukelpoista tietoa. OECD-maista on ollut mahdollista tuottaa indikaattorit vain skitsofreniapotilaan ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan potilaan paluusta samaan sairaalaan 30 päivän kuluessa siitä, kun potilas on kotiutettu aiemmasta vuodeosastohoidosta.

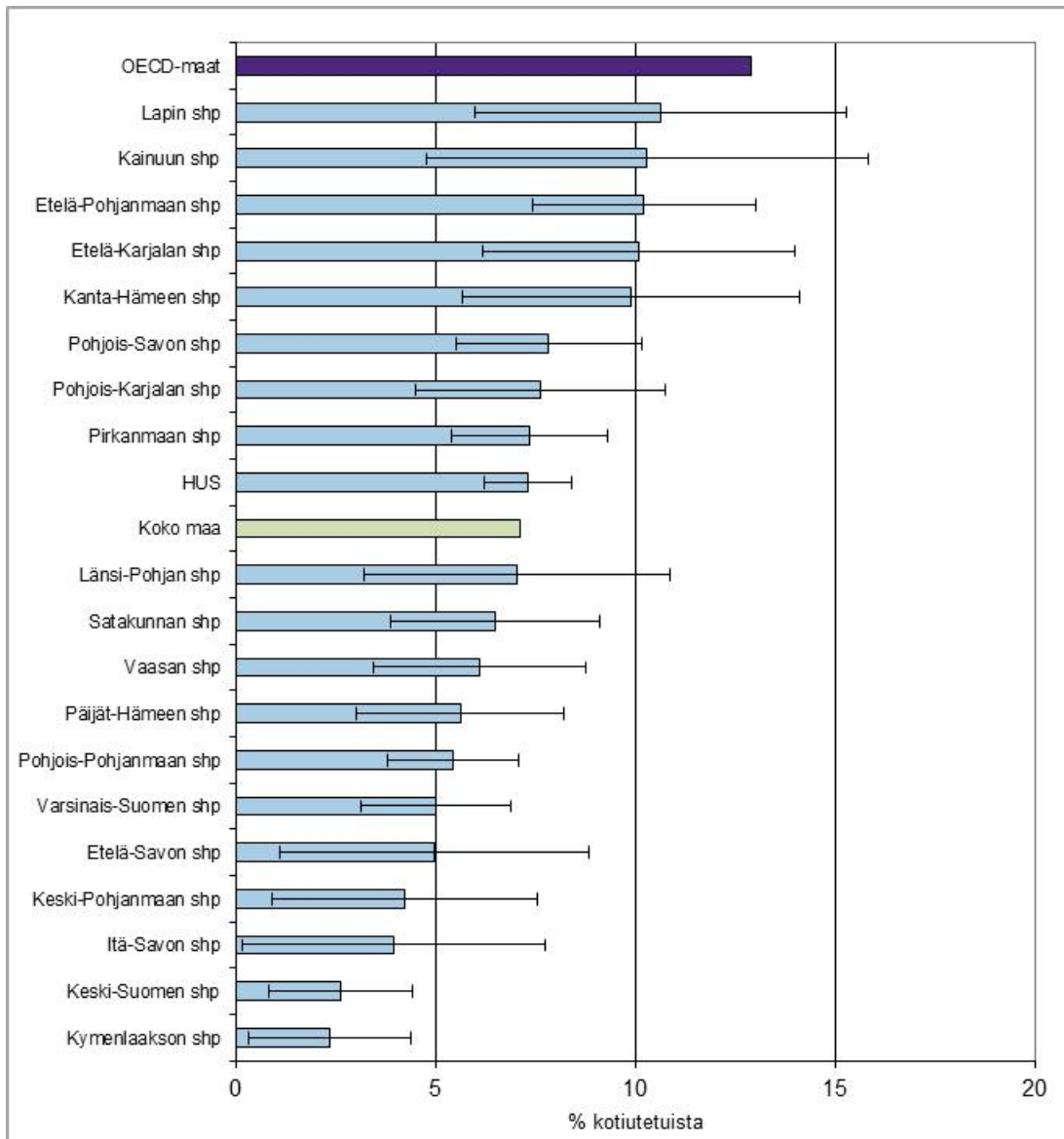
Molemmissa sairausryhmissä vuodeosastohoidon uusiutuminen 30 päivän kuluessa on Suomessa vähäisempää kuin OECD-maissa keskimäärin (Kuviot 10 ja 13). Vuosina 2007–2012 ei kummankaan sairauden osalta ole Suomessa tapahtunut juurikaan muutoksia. Vastaavat tiedot voidaan esittää sairaanhoitopiireittäin (Kuviot 11 ja 14), mutta myös tarkastelemalla potilaan paluuta kotiutussairaalan sijaan mihin tahansa muuhunkin sairaalaan vuodeosastohoitoon (Kuviot 12 ja 15). Kotiutetuista skitsofreniapotilaista selvästi alle 5 prosentista yli 10 prosenttiin joutuu palaamaan vuodeosastolle 30 päivän sisällä. Sairaanhoitopiirejä, joiden alueella osuus on 10 % tai yli on vain samaan sairaalaan paluun huomioivassa tarkastelussa 5 kappaletta, kaikki sairaalat huomioituina 6 kappaletta. Vuodeosastolle palaavien potilaiden kokonaismäärät ovat pieniä, mistä syystä lukujen epävarmuutta kuvaava luottamusväli on hyvin suuri. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön osalta luvut ovat niin pieniä, ettei niitä voida laskea kaikkien sairaanhoitopiirien osalta. Niidenkin sairaanhoitopiirien kohdalla, joista saadaan laskettua luvut, ovat luottamusvälit niin suuria, ettei tilastoluvuilla voida nähdä eroja sairaanhoitopiirien välillä. Mielenterveyspalvelujen toimivuuden osoittimet lähtevät siitä perusajatuksesta, että onnistunut vuodeosastohoitojakso ja sen jälkeinen hoidon ja muun potilaan tarvitseman tuen onnistunut organisoiminen vähentävät riskiä joutua nopeasti uudestaan sairaalaan.

**Kuvio 10. Skitsofrenian vuoksi hoidetun potilaan suunnitteleman vuodeosastohoidon uusiutuminen samassa sairaalassa 30 päivän kuluessa kotiutuksesta OECD-maissa 2011 ja Suomessa 2007–2012, % kotiutetuista**



Lähde OECD-maiden osalta: OECD Health at a Glance 2013.

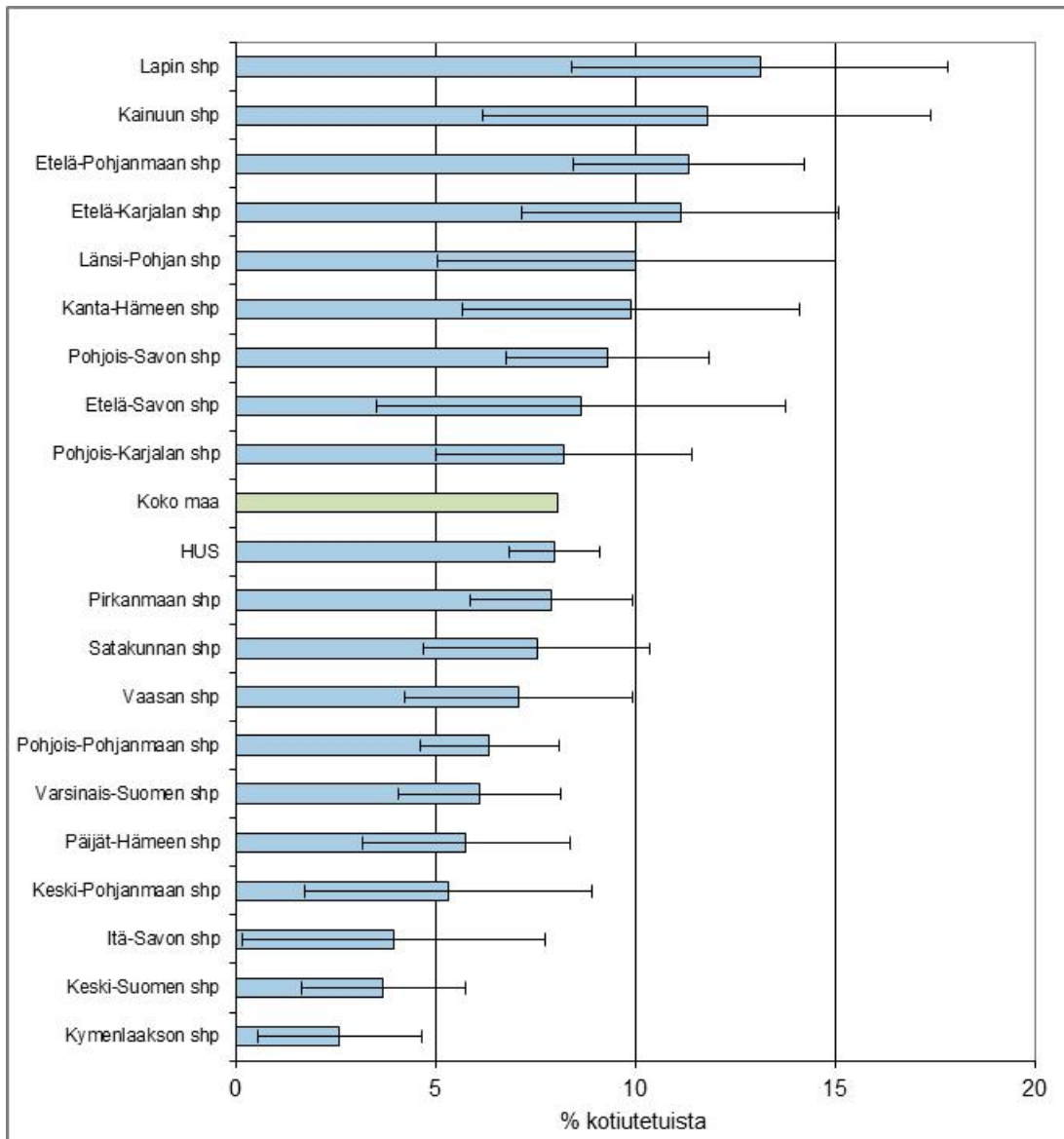
**Kuvio 11. Skitsofrenian vuoksi hoidetun potilaan suunnittelematon vuodeosastohoidon uusiutuminen 30 päivän kuluessa sairaanhoitopiireittäin kotiutuksesta 2012 ja OECD-maiden keskiarvo 2011, % kotiutetuista, sama sairaala**



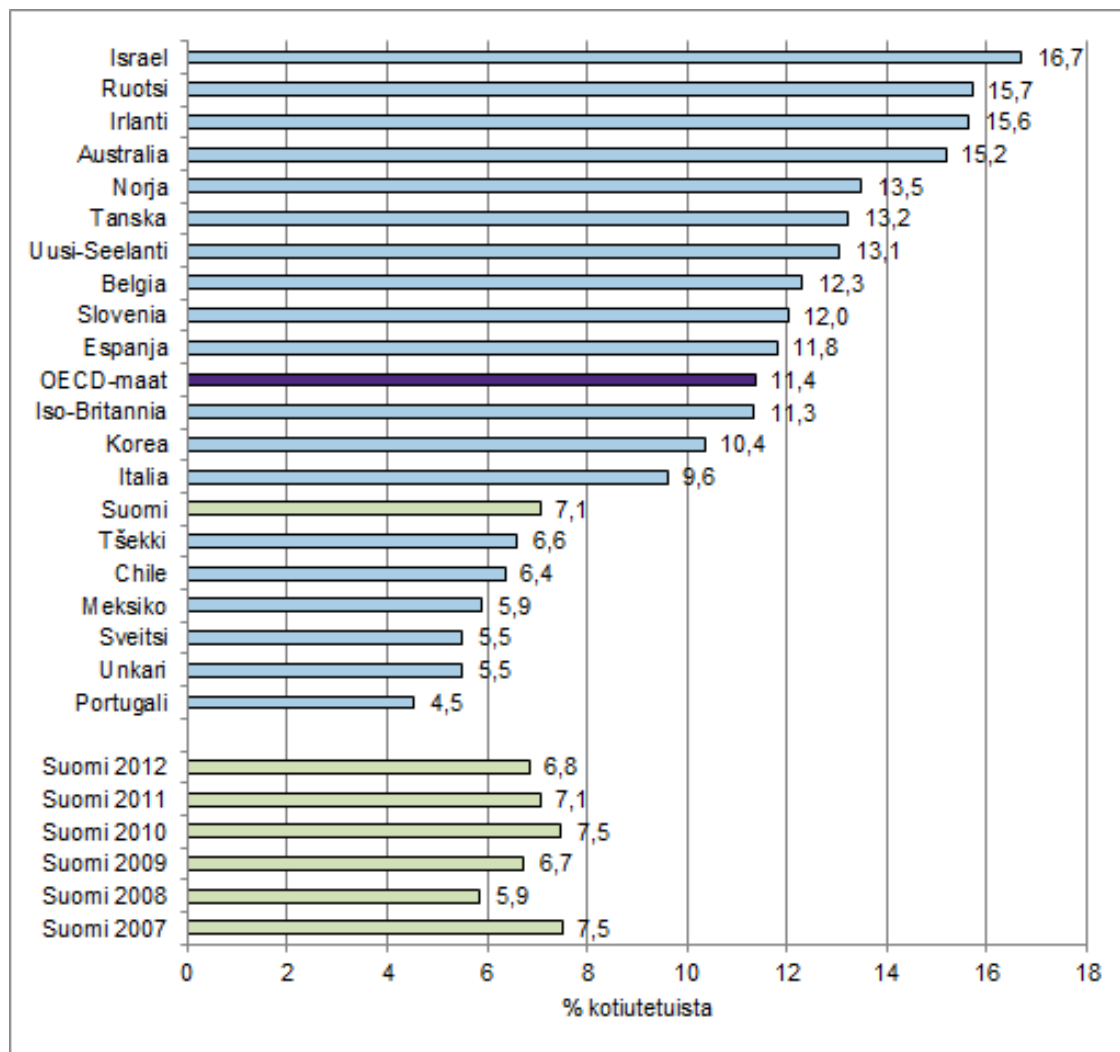
Lähde OECD-maiden osalta: OECD Health at a Glance 2013.



**Kuvio 12. Skitsofrenian vuoksi hoidetun potilaan suunnittelematon vuodeosastohoidon uusiutuminen 30 päivän kuluessa kotiutuksesta sairaanhoitopiireittäin 2012, % kotiutetuista, mikä tahansa sairaala**

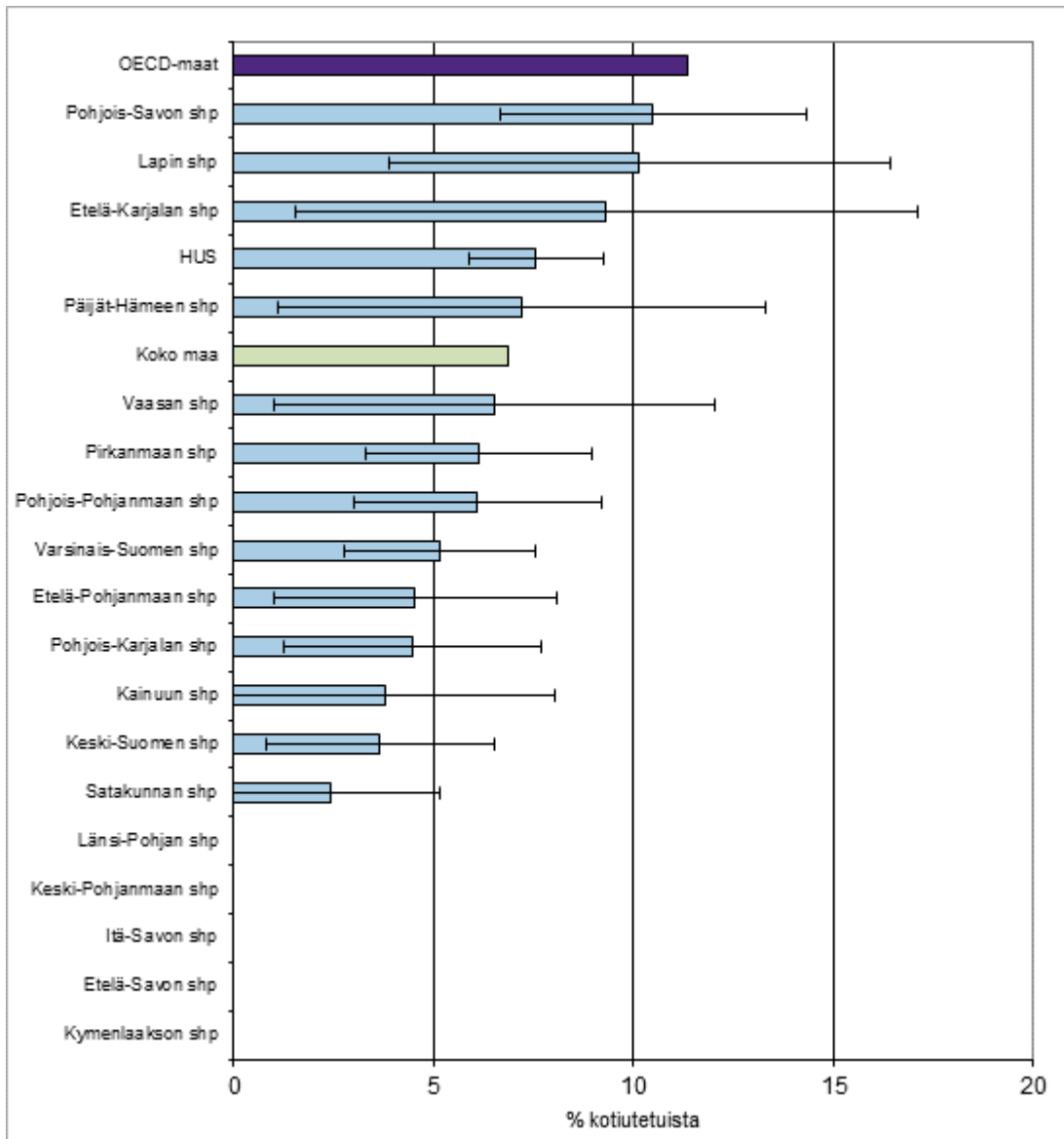


**Kuvio 13. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön vuoksi hoidetun potilaan suunnittelematon vuodeosastohoidon uusiutuminen samassa sairaalassa 30 päivän kuluessa kotiutuksesta OECD-maissa 2011 ja Suomessa 2007–2012, % kotiutetuista**



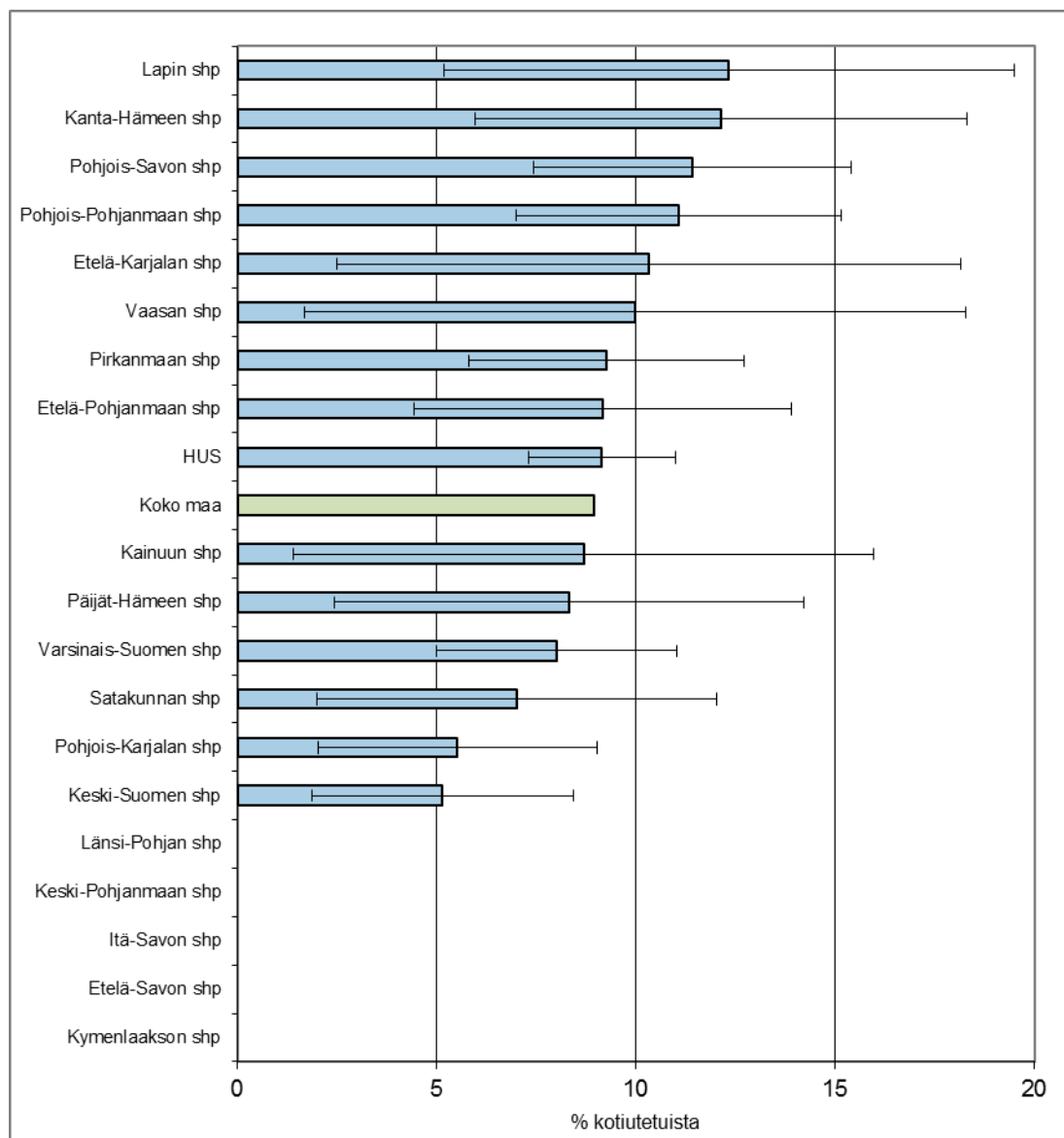
Lähde OECD-maiden osalta: OECD Health at a Glance 2013.

**Kuvio 14. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön vuoksi hoidetun potilaan suunnittelematon vuodeosastohoidon uusiutuminen 30 päivän kuluessa kotiutuksesta sairaanhoitopiireittäin 2012 ja OECD-maiden keskiarvo 2011, % kotiutetuista, sama sairaala**



Lähde OECD-maiden osalta: OECD Health at a Glance 2013.

**Kuvio 15. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön vuoksi hoidetun potilaan suunnittelematon vuodeosastohoidon uusiutuminen 30 päivän kuluessa kotiutuksesta sairaanhoitopiireittäin 2012, % kotiutetuista, mikä tahansa sairaala**



OECD mittaa myös mielenterveysongelmien vuoksi vuodeosastolla hoidettujen kuolleisuutta koko väestöön nähden. Mikäli suhdeluku on yli yhden, on mielenterveyspotilailla koko väestöä korkeampi kuolleisuus. OECD on julkaissut tiedot ainoastaan seitsemälle maalle: Israel Korea, Ruotsi, Slovenia, Suomi, Tanska ja Uusi Seelanti. Skitsofrenian vuoksi sairaalassa hoidettujen potilaiden kuolleisuus oli näissä maissa 4-9-kertainen koko väestöön nähden vuonna 2011. Suomessa vastaava ylikuolleisuus oli OECD-maiden keskitasoa, kuusinkertainen vuonna 2011. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön vuoksi sairaalassa hoidettujen potilaiden kuolleisuus oli 2-7-kertainen koko väestöön nähden vuonna 2011. Suomen ylikuolleisuus oli OECD-maiden keskitasoa, nelinkertainen vuonna 2011. Alueellisia tilastoja ei toistaiseksi Suomessa ole mahdollista laskea.

## 4. Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus muodostaa terveydenhuollon toiminnan perustan yhdessä hoidon tarpeen, hoidon vaikuttavuuden ja hoidon saatavuuden kanssa ja on oleellinen osa hoidon laatua. OECD:n potilasturvallisuuden laatuindikaattoreista on tehty Suomen kansalliset sairaanhoitopiirejä koskevat luvut noudattaen pääosin samoja periaatteita kuin kansainvälisen vertailun lukujen laadinnassa. OECD kuitenkin vakioi kirurgiseen toimenpiteisiin liittyvät osoittimet kerättävien sivudiagnoosien lukumäärillä. Tätä vakiointia ei voida tehdä kansalliseen aineistoon, joten muiden OECD-maiden lukuja ei voida vertailla sairaanhoitopiirikohtaisiin lukuihin. Tämän vuoksi Suomelle on tässä tilastoraportissa esitetty kaksi erilaista lukua.

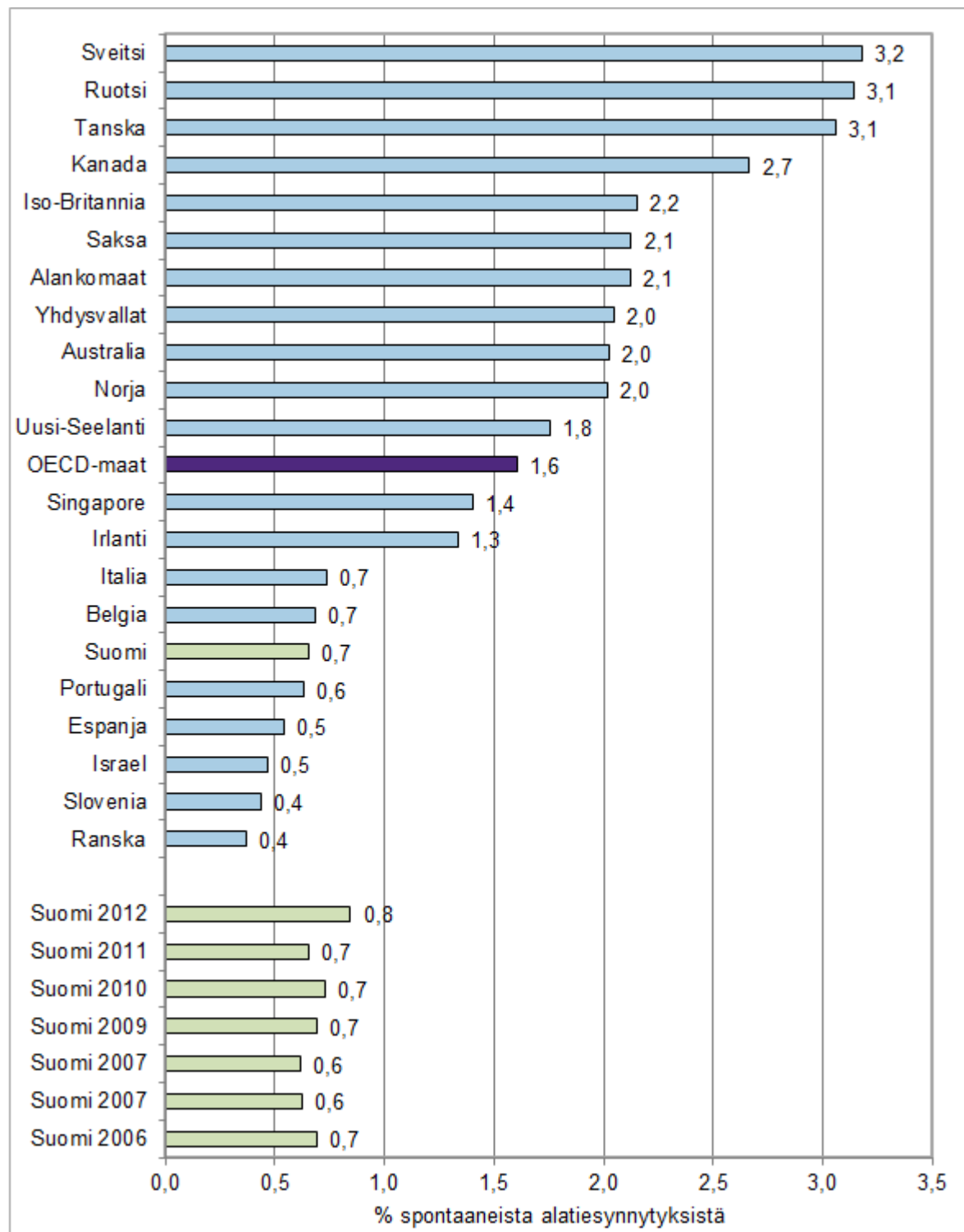
### 4.1 Synnytykset

Alatiesynnytyksiin liittyvät 3. tai 4. asteen repeämät emättimessä voidaan usein estää synnytyksen suunnittelulla ja laadukkailla synnytyksen hoidolla. Spontaanissa alatiesynnytyksessä tapahtuva 3. tai 4. asteen repeämä on Suomessa (0,8 % vuonna 2012) selkeästi harvinaisempi kuin OECD-maissa keskimäärin (1,6 % vuonna 2011). Pohjoismaista Ruotsissa ja Tanskassa on korkeimmat repeämäluvut (yli 3 %). Myös Kanadan (2,7 %) ja Sveitsin (3,2 %) luvut ovat korkeita (Kuvio 16). Pohjoismaiden välillä on eroja välilihan leikkauksien eli episiotomioiden käyttötapoissa, mikä saattaa vaikuttaa maiden välisiin repeämälukujen eroihin.

Synnytyksen aikaiset 3. tai 4. asteen repeämät ovat selkeästi yleisempiä imukuppi- tai pihtisynnytyksissä kuin spontaaneissa alatiesynnytyksissä (Kuvio 18). Suomessa näiden repeämien osuus on kasvanut viimeisten vuosien aikana ja oli 3,9 prosenttia vuonna 2012. OECD-maiden keskiarvo on kuitenkin tätä korkeampi (5,5 % vuonna 2011). Erityisen korkeat repeämäluvut ovat Kanadassa (13,7 %), Yhdysvalloissa (12,5 %) ja Ruotsissa (11,1 %).

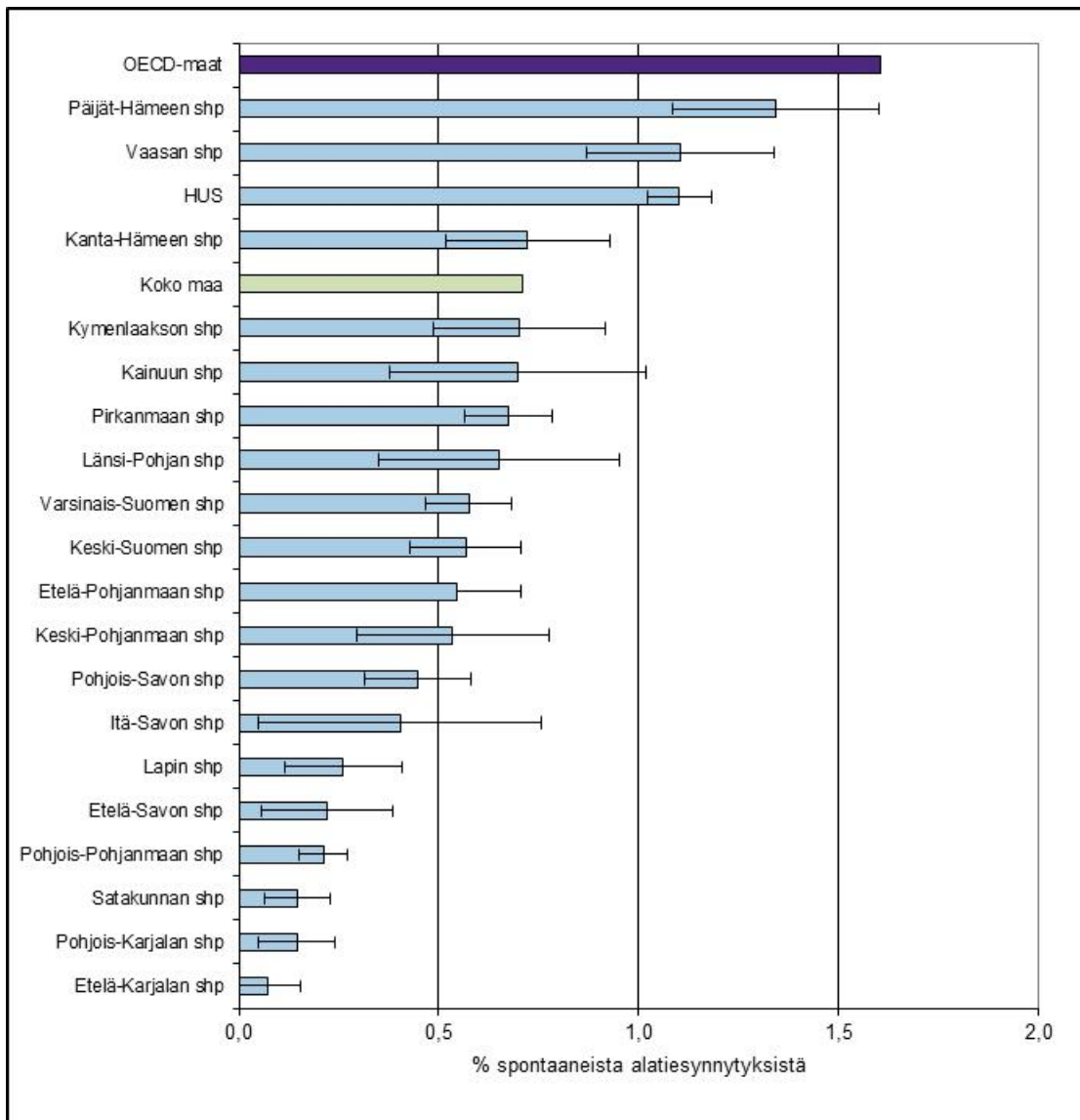
Sairaanhoitopiirien väliset erot synnytyksen aikaisissa repeämissä ovat Suomessa suuria (Kuviot 17 ja 19). Spontaneissa alatiesynnytyksissä 3. ja 4. asteen repeämät ovat kaikissa sairaanhoitopiireissä vuosina 2008–2012 OECD-maiden keskiarvoa matalammat. Imukuppi- ja pihtisynnytyksiin liittyvien repeämien osuudet ylittivät joissakin sairaanhoitopiireissä OECD-maiden keskiarvon. Vertailussa ei oteta huomioon synnytyskäytäntöjen eroja esimerkiksi episiotomioiden suhteen. Myöskään alueellisia eroja synnyttäjien taustassa, kuten ikäjakautumassa ja ensisynnyttäjien määrässä ei huomioida.

**Kuvio 16: Synnytyksen aikaiset 3. tai 4. asteen repeämät spontaanissa alatiesynnytyksessä OECD-maissa 2011 ja Suomessa 2006–2012, %**



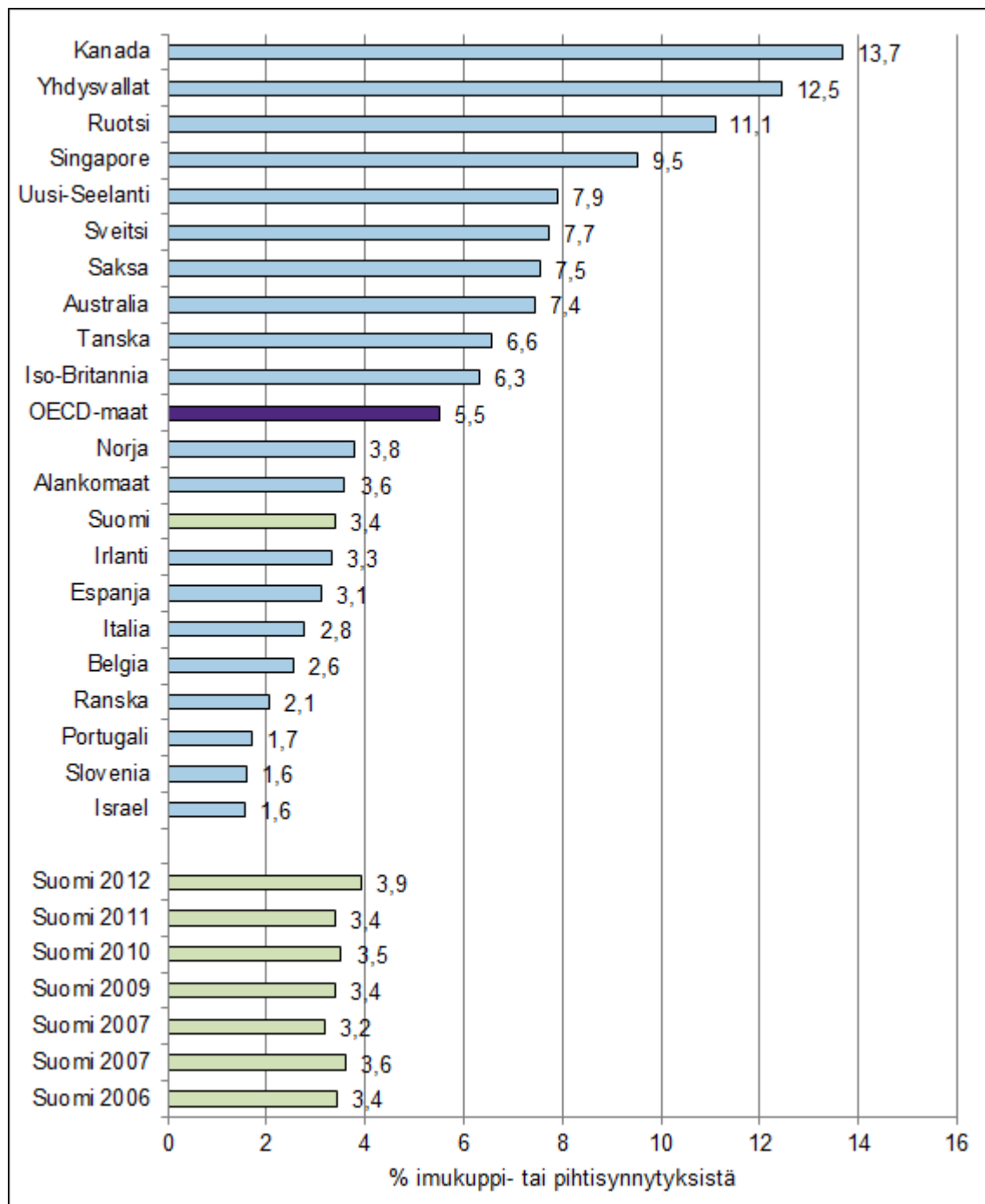
Lähde OECD-maiden osalta: OECD Health at a Glance 2013.

**Kuvio 17: Synnytyksen aikaiset 3. tai 4. asteen repeämät spontaanissa alatiesynnytyksessä sairaanhoitopiireittäin 2008–2012 ja OECD-maiden keskiarvo 2011, %**



Lähde OECD-maiden osalta: OECD Health at a Glance 2013.

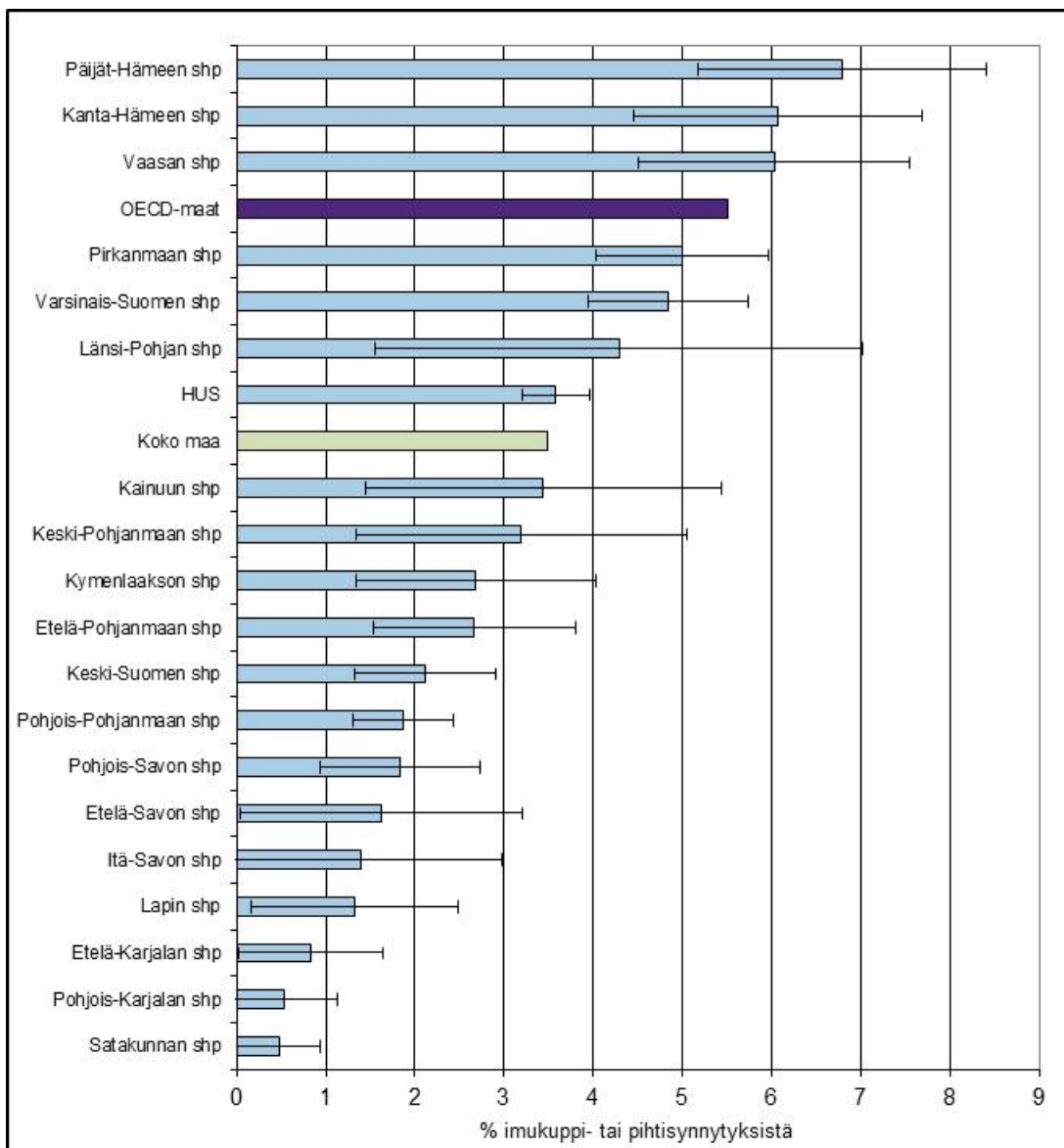
**Kuvio 18: Synnytyksen aikaiset 3. tai 4. asteen repeämät imukuppi- tai pihtisynnytyksessä OECD-maissa 2011 ja Suomessa 2006–2012, %**



Lähde OECD-maiden osalta: OECD Health at a Glance 2013.



**Kuvio 19: Synnytyksen aikaiset 3. tai 4. asteen repeämät imukuppi- tai pihtisynnytyksessä sairaanhoitopiireittäin 2008–2012 ja OECD-maiden keskiarvo 2011, %**



Lähde OECD-maiden osalta: OECD Health at a Glance 2013.

## 4.2 Kirurgiset toimenpiteet

Terveystieteiden toiminnassa osa ei-toivotuista tapahtumista on tunnettuja hoidon riskejä, eli tapahtumia joiden voidaan ennalta odottaa ilmaantuvan pienelle osalle hoidettavia. Haittatapahtumien ilmenemistä ei voida hoidon laatua parantamalla kokonaan poistaa, sillä riskinotto on osa monia hoitoprosesseja. Potilasturvallisuusindikaattori näyttää hoidon laadussa ongelmia silloin, kun odotettua useammalle potilaalla tulee kyseinen haitta. Lisäksi on potilasturvallisuusosoittimia, jotka liittyvät tapahtumiin, joita ei pitäisi sattua yhdellekään potilaalle, jos hoitotoimenpiteet tehdään kaikkien asianmukaisten ohjeiden mukaan.

Leikkaustoimenpiteen aikana leikkausalueelle jäänyt vierasesine on esimerkki tapahtumasta, jollaista ei pitäisi sattua. Näitä tapahtumia löytyy kuitenkin kaikkien tiedonkeruussa mukana olleiden OECD-maiden tiedostoista. Luvut vaihtelevat suuresti ja on todennäköistä, että

tapahtumien kirjaamiskäytännöissä on suuria eroja (Kuvio 20). Suomesta löytyi vuosien 2008–2012 hoitoilmoitusrekisteritiedoista keskimäärin vajaat 18 tapausta vuodessa. Ne jakautuivat kaikkien paitsi yhden sairaanhoitopiirin alueille. Sairaanhoitopiireistä saadun palautteen mukaan vierasesineen (”rätin”) jättäminen leikkausalueelle voi joissain tapauksissa olla harkittu hoitotapahtumaan liittynyt teko. OECD-maiden välisessä tarkastelussa Suomi on OECD-keskiarvon paremmalla puolella, vaikka Suomen luvut eivät ole täysin vertailukelpoisia muiden maiden lukujen kanssa. Vuosien 2007–2012 aikana ilmiön yleisyys on pysynyt melko samanlaisena. Ilmiön harvinaisuuden vuoksi sairaanhoitopiirikohtaiset luvut on tehty kootusti vuosille 2008–2012 (Kuvio 21).

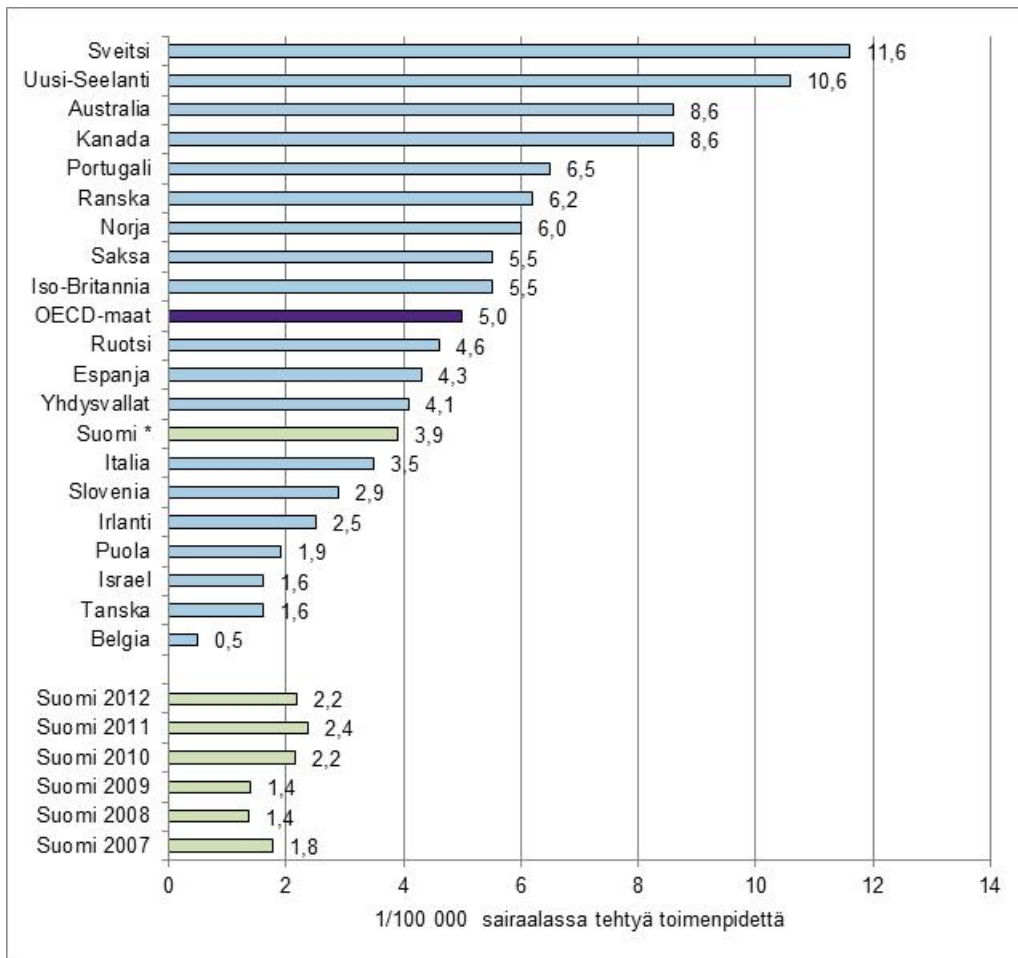
Keuhkoveritulpan (embolia) tai laskimotukoksen (tromboosi) ilmentyminen kirurgisen toimenpiteen jälkeen on tunnettu hoidon riski, mutta hyväksyttyjä hoitokäytäntöjä noudattamalla riskiä voidaan pienentää. Hoitoaika sairaalassa on toimenpiteen jälkeen Suomessa usein lyhyt. Keuhkoembolia tai laskimotromboosi voi ilmaantua vasta kotiutuksen tai sairaalasiirron jälkeen. OECD-indikaattori kuvaa vain tilannetta, jossa keuhkoveritulppa tai laskimotukos tulee saman vuodeosaston hoitojakson aikana kuin kirurginen toimenpide.

Suomi on vertailussa OECD-maiden keskitasoa. Ilmiön lisääntyminen Suomessa ajanjaksolla 2007–2012 liittyy todennäköisemmin kirjaamiskäytäntöjen parantumiseen kuin hoidon laadun heikkenemiseen (Kuvio 22). Sairaanhoitopiirikohtaiset luvut on tällekin indikaattorille tehty kootusti vuosille 2008–2012. Sairaanhoitopiirien väliset erot ovat suuria, mutta tässäkin kirjaamiskäytännöt saattavat vaikuttaa eroihin (Kuvio 23).

Toimenpiteen jälkeinen verenmyrkytys (sepsis) on myös esimerkki haittatapahtumasta, jollaisia voidaan ennalta odottaa tulevan joillekin potilaille, mutta hyväksyttyjä hoitokäytäntöjä noudattamalla riskiä voidaan pienentää. Tämänkin indikaattorin osalta kyse on OECD-vertailussa kirurgisen toimenpiteen kanssa saman hoitojakson aikana sairaalassa ilmaantuneesta verenmyrkytyksestä. Suomessa verenmyrkytysten ilmaantuvuus on hieman OECD-maiden keskiarvoa alhaisempi ottaen huomioon, etteivät luvut ole täysin vertailukelpoisia (Kuvio 24). Sairaanhoitopiirien välillä on eroja (Kuvio 25). Luotettavammalle tasolle vertailuissa päästäisiin huomioimalla myös muutoin kuin samalla hoitojaksolla, esimerkiksi 30 päivän sisällä, ilmaantuneet tapaukset.

Pistohaava tai viilto (laseraatio) on myös tapahtuma, jollaista ei pitäisi teoriassa sattua lainkaan, mutta tapahtuma on luonteeltaan kuitenkin vierasesineen unohtamista todennäköisempi. OECD-vertailuun ei vuoden 2013 julkaisua varten tuotettu tämän indikaattorin tietoja. Suomen hoitoilmoitusrekisterissä kirjaamiskäytännöt vaihtelevat todennäköisesti suuresti eikä sairaanhoitopiirien välisistä eroista voida tehdä lukujen pohjalta johtopäätöksiä.

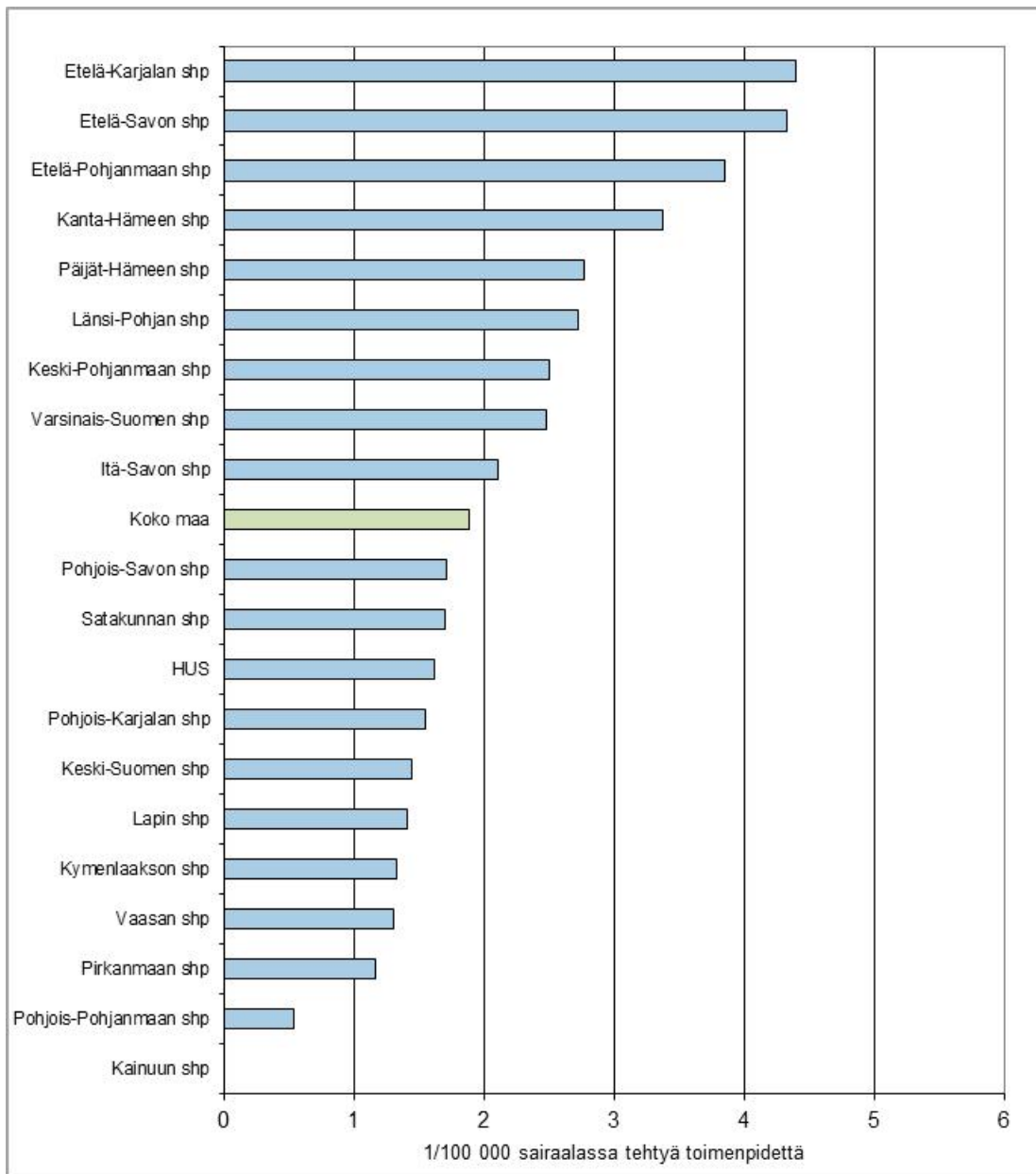
**Kuvio 20. Toimenpiteen yhteydessä kehoon jäänyt vierasesine 100 000 sairaalassa tehtyä toimenpidettä kohti OECD-maissa 2011 ja Suomessa 2007–2012**



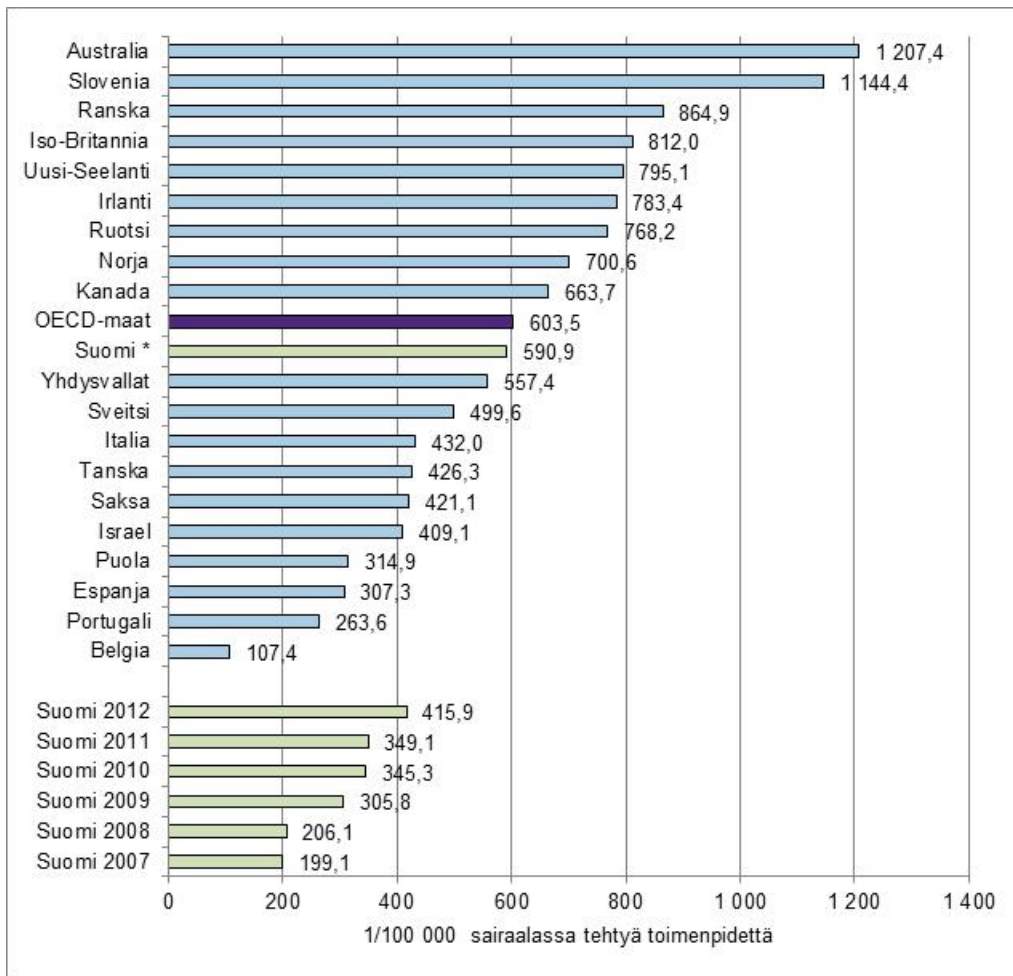
\* OECD-luvut on vakioitu sivudiagnoosien lukumäärän mukaan, eivätkä ne ole suoraan verrannollisia kansallisiin lukuihin.

Lähde OECD-maiden osalta: OECD Health at a Glance 2013.

**Kuvio 21. Toimenpiteen yhteydessä kehoon jäänyt vierasesine 100 000 sairaalassa tehtyä toimenpidettä kohti sairaanhoitopiireittäin 2008–2012**



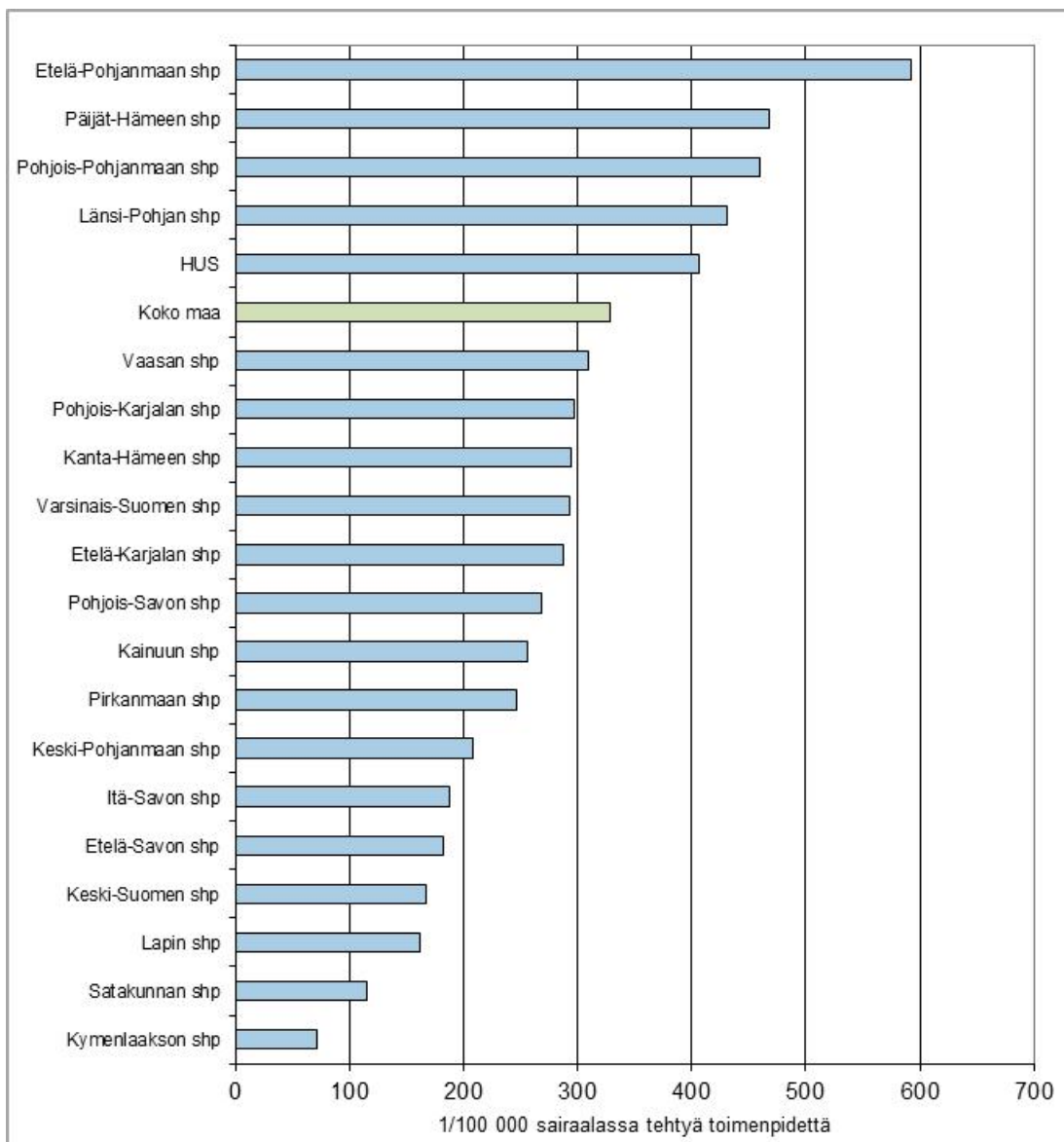
**Kuvio 22. Toimenpiteen jälkeinen keuhkoembolia tai laskimotromboosi 100 000 sairaalassa tehtyä toimenpidettä kohti OECD-maissa 2011 ja Suomessa 2007–2012**



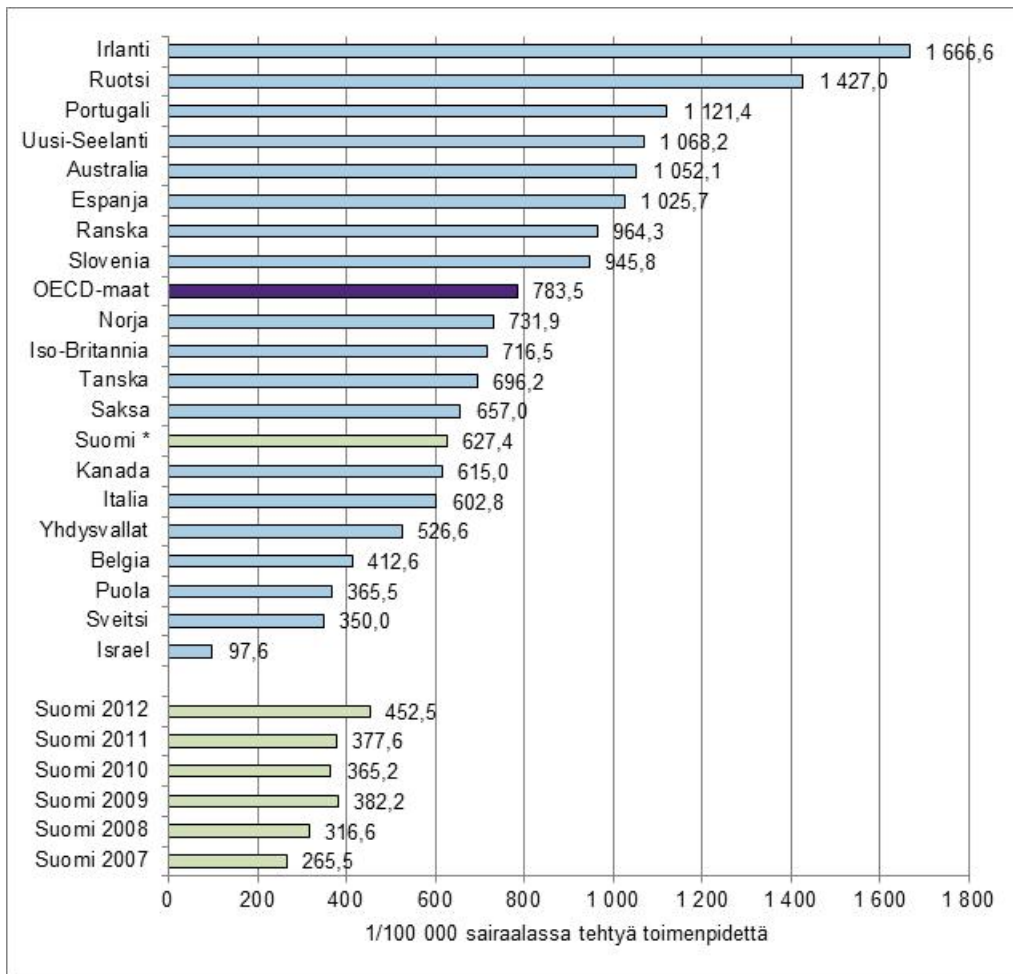
\* OECD-luvut on vakioitu sivudiagnoosien lukumäärän mukaan, eivätkä ne ole suoraan verrannollisia kansallisiin lukuihin.

Lähde OECD-maiden osalta: OECD Health at a Glance 2013.

**Kuvio 23. Toimenpiteen jälkeinen keuhkoembolia tai laskimotromboosi 100 000 sairaalassa tehtyä toimenpidettä kohti sairaanhoitopiireittäin 2008–2012**



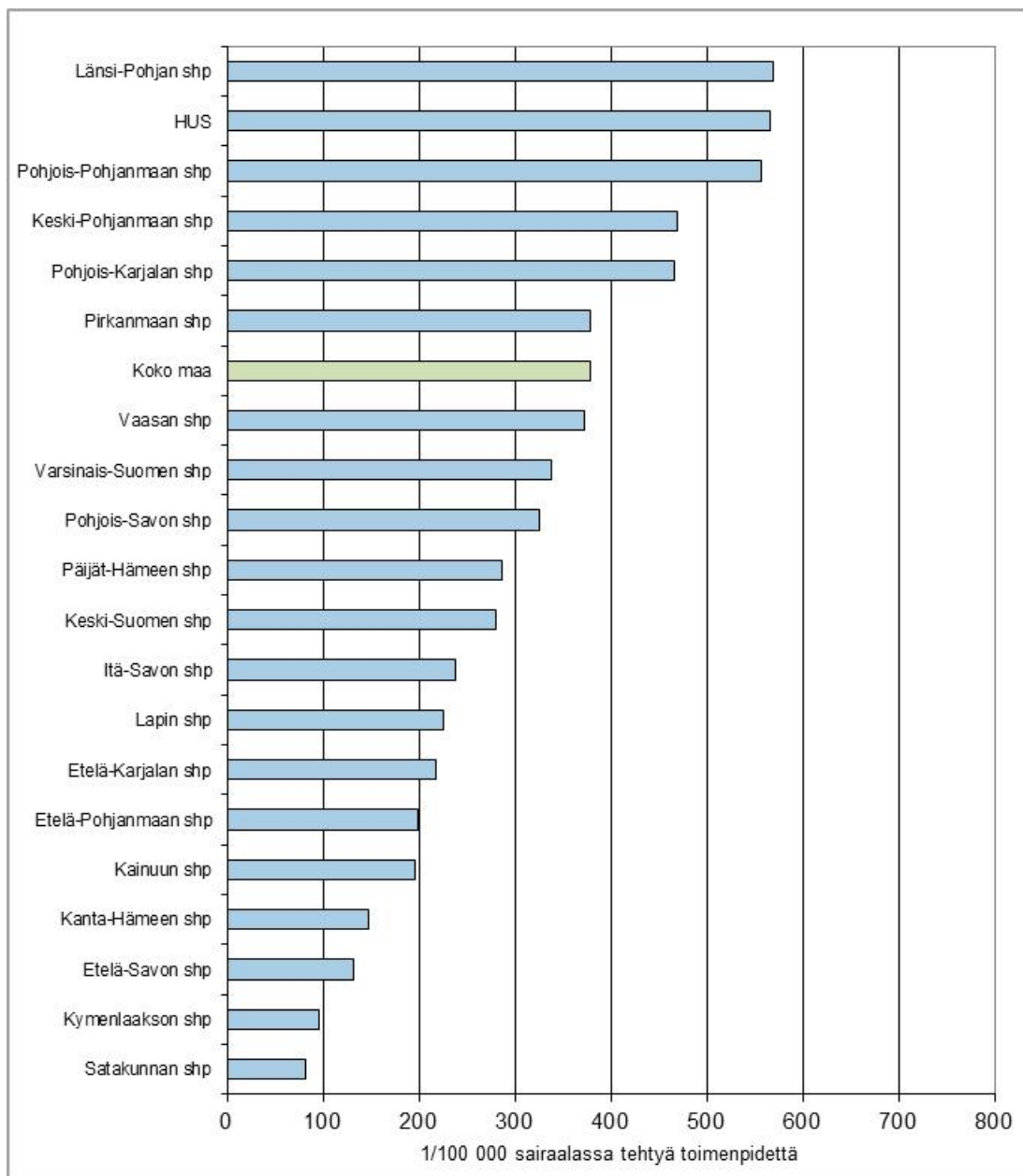
**Kuvio 24. Toimenpiteen jälkeinen verenmyrkytys (sepsis) 100 000 sairaalassa tehtyä toimenpidettä kohti OECD-maissa 2011 ja Suomessa 2007–2012**



\* OECD-luvut on vakioitu sivudiagnoosien lukumäärän mukaan, eivätkä ne ole suoraan verrannollisia kansallisiin lukuihin.

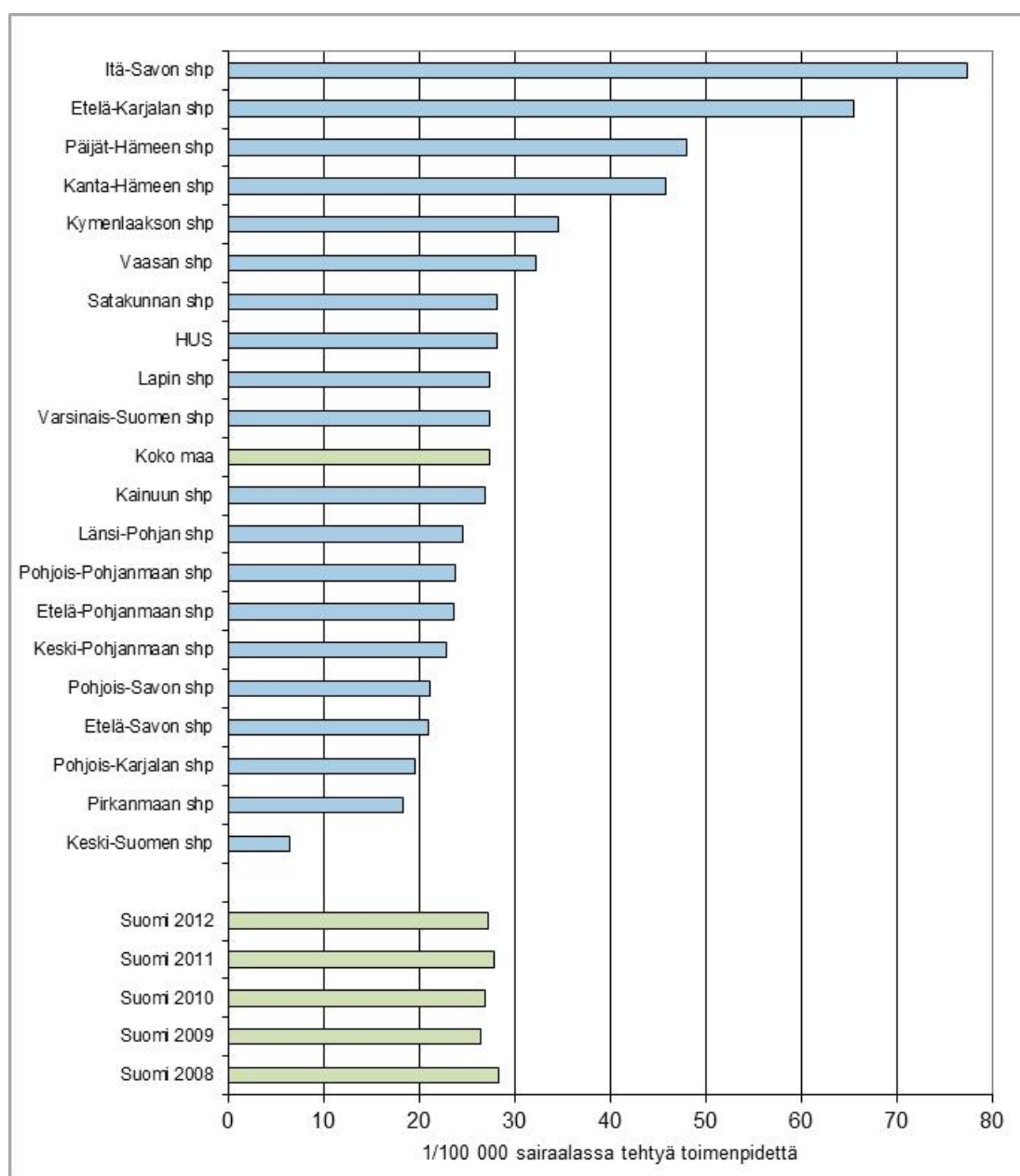
Lähde OECD-maiden osalta: OECD Health at a Glance 2013.

**Kuvio 25. Toimenpiteen jälkeinen verenmyrkytys (sepsis) 100 000 sairaalassa tehtyä toimenpidettä kohti sairaanhoitopiireittäin 2008–2012**





**Kuvio 26. Toimenpiteen yhteydessä syntynyt tapaturmainen pistohaava tai viilto (laseraatio) 100 000 sairaalassa tehtyä toimenpidettä kohti sairaanhoitopiireittäin 2008–2012**



## 5. Syöpäsairaudet

OECD:n terveydenhuollon laatuindikaattoreilla seurataan syövän hoidon onnistumista koko hoitoketjun laajuudessa sairauksien ehkäisemistä kykyyn hoitaa vaikeasti sairaita potilaita. Indikaattoreina käytetään syöpäkuolleisuutta, eloonjäämislukuja ja seulontaan osallistuneiden väestöosuuksia. Sairaanhoitopiiritasoinen tieto on seulontojen osalta mukana tässä raportissa. Syöpärekisteri julkaisee kattavasti alueellista tietoa syöpäsairauksien kuolleisuus- ja eloonjäämisluvusta. Tältä osin aluetasoiset indikaattoriluvut löytyvät syöpärekisterin verkkopalvelusta<sup>5</sup>. Suomen syöpäkuolleisuusluvut ovat seulottavien syöpien osalta matalampia kuin OECD-maissa keskimäärin. Vuonna 2011 kohdunkaulasyövän ikävakioitu kuolleisuus oli

<sup>5</sup> [www.cancer.fi/syoparekisteri/tilastot/](http://www.cancer.fi/syoparekisteri/tilastot/)

Suomessa OECD-maiden alhaisimpia (1,4/100 000 naista), selkeästi OECD-maiden keskiarvon alla (3,7/100 000 naista). Myös ikävakioidussa rintasyöpäkuolleisuudessa Suomi (23,1/100 000 naista) on alle OECD-maiden keskiarvon (26,3/100 000 naista).

OECD-maihin nähden Suomen viiden vuoden suhteellinen eloonjäämisluku jaksolla 2006–2011 on kohdunkaulansyövän osalta hiukan matalampi (65 %) kuin OECD-maiden keskiarvo (66 %). Rintasyövän osalta Suomen luku (86 %) on hiukan OECD-maiden keskiarvoa (84 %) korkeampi.

Kohdunkaulansyövän joukkotarkastukseen osallistui vajaat 60 prosenttia 20–60-vuotiaista naisista OECD-maissa vuonna 2011 (Kuvio 27). Suomessa osuus oli 68 %, mutta luku on laskenut viime vuosina hiukan. Seulonta-asetuksen mukaisiin ikäryhmiin kuuluvista 30–60-vuotiaista 99,4 prosenttia sai kutsun seulontaan (Kuvio 28). Sairaanhoidopiireittäin osuus vaihteli 98 %:n ja 100 %:n välillä vuosina 1999–2001. Kutsun saaneista 67,7 % saapui seulontaan. Sairaanhoidopiireistä useimmin seulonnassa käytiin Itä-Savossa, Etelä-Pohjanmaalla ja Etelä-Savossa (76–77 %), harvimminkin Ahvenanmaalla sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiirissä (61 %).

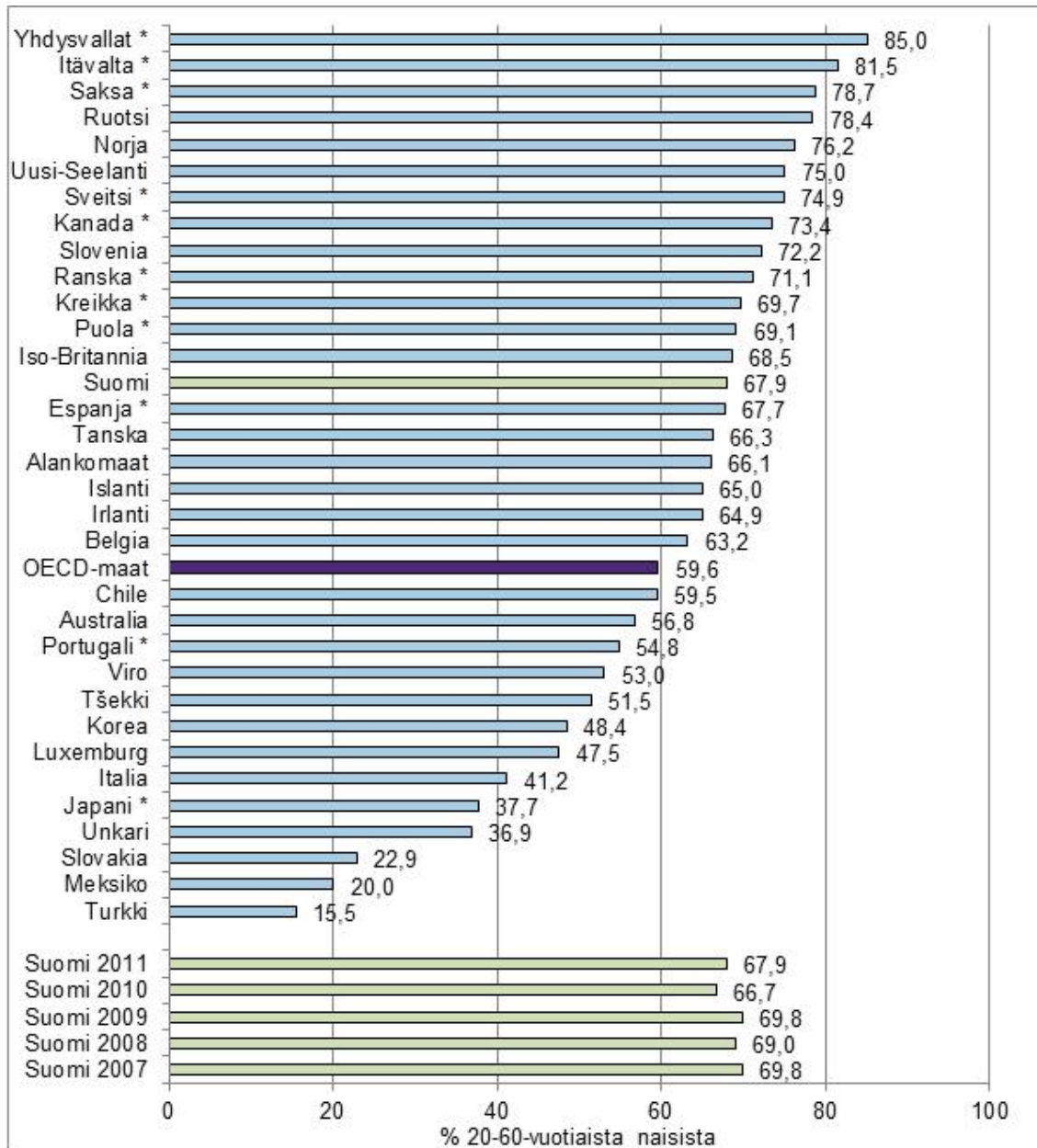
Rintasyövän joukkotarkastukseen osallistui vajaat 62 prosenttia naisista OECD-maissa vuonna 2011 (Kuvio 29). Suomessa osuus oli OECD-maiden korkein: 85 prosenttia. Rintasyöpäseulontaan kutsun sai vuosina 1999–2001 85 prosenttia 50–69-vuotiaista naisista. Sairaanhoidopiireittäin osuus vaihteli suuresti Ahvenanmaan sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiirin 97–100 prosentista Etelä-Karjalan ja Itä-Savon sairaanhoidopiirin 73–74 prosenttiin (Kuvio 30). Kutsun saaneista 85 prosenttia saapui seulontaan. Sairaanhoidopiireittäin erot olivat pieniä (85–90 %) lukuun ottamatta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiiriä (79 %).

Tuloksia tarkastellessa on huomioitava, että rintasyövänseulontakutsun saaneiden määrä tietyssä vuonna on eri kuin kahden vuoden seulontakierroksen aikana kutsun saaneiden määrä. Tämä johtuu mm. siitä, että osa kunnista kutsuu naisia seulontaan säännöllisesti parillisina ikävuosina ja osa parittomina, jolloin tietyn syntymävuoden naiset voivat saada kutsun eri kunnassa eri vuonna. Seulonta-asetuksen mukaan seulontaan tulee kutsua vuodesta 2007 alkaen 50–69-vuotiaat naiset kahden vuoden välein siten, että vuonna 1947 tai sen jälkeen syntyneet saavat kutsun 69 ikävuoteen saakka. Kunnat ovat tulkinneet asetusta eri tavoin; osa kunnista on kutsunut seulontaan kahden vuoden välein kaikki 50–69-vuotiaat naiset jo nyt, osa kunnista on noudattanut asetusta ja kutsunut vain vuonna 1947 tai sen jälkeen syntyneet naiset. Näin ollen kutsujen peittävyys eli 50–69-vuotiaana kutsun saaneiden naisten osuus koko tämänikäisestä naisväestöstä vaihtelee sairaanhoidopiireittäin.

OECD:n terveydenhuollon laatuosoittimissa on mukana myös paksunsuolen syöpäkuolleisuus ja viiden vuoden suhteellinen eloonjäämisluku. OECD-maissa keskimääräinen suhteellinen eloonjäämisluku on parantunut. Vuosina 2001–2006 se oli 58,0 % ja 2006–2011 vastaavasti 61,3 %. Suomessa vastaavina ajanjaksoina luvut olivat 61,3 % ja 63,8 %. Vaikka Suomi sijoittuu selvästi OECD-keskiarvon yläpuolelle, on syytä huomata että sukupuolierot ovat selvät. Kun ajanjakson 2006–2011 lukuja tarkastellaan sukupuolittain, on miesten suhteellinen eloonjäämisluku Suomessa (61,3 %) alle OECD-maiden keskiarvon (63,3 %), mutta naisilla Suomen luku (66,7 %) on OECD-keskiarvoa parempi (61,0 %). Paksunsuolen syöpäkuolleisuusluku oli OECD:ssä vuonna 2001 keskimäärin 28,3 syöpäkuolemaa 100 000 asukasta kohti. Vastaavasti syöpäkuolemia vuonna 2011 oli 25,0. Eri maita koskevia tilastolukuja on saatavilla OECD:n tilastotietokannasta<sup>6</sup>. Osa maista on ottanut käyttöön paksunsuolen syövän seulonnan. Menetelmä, jossa etsitään verta ulostenäytteestä, ei ole osa kansallista seulontaohjelmaa, mutta useat kunnat ovat mukana ohjelmassa, jossa arvioidaan tämän seulonnan tehoa. Mikäli tämä seulonta otetaan mukaan seulontaohjelmaan, siihenkin osallistuneiden osuus kutsutuista soveltuu laatuosoittimeksi.

<sup>6</sup> OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

**Kuvio 27. Kohdunkaulan syövän joukkotarkastukseen kutsutuista osallistuneet 20–60-vuotiaat naiset OECD-maissa 2011 ja Suomessa 2007–2011, %**

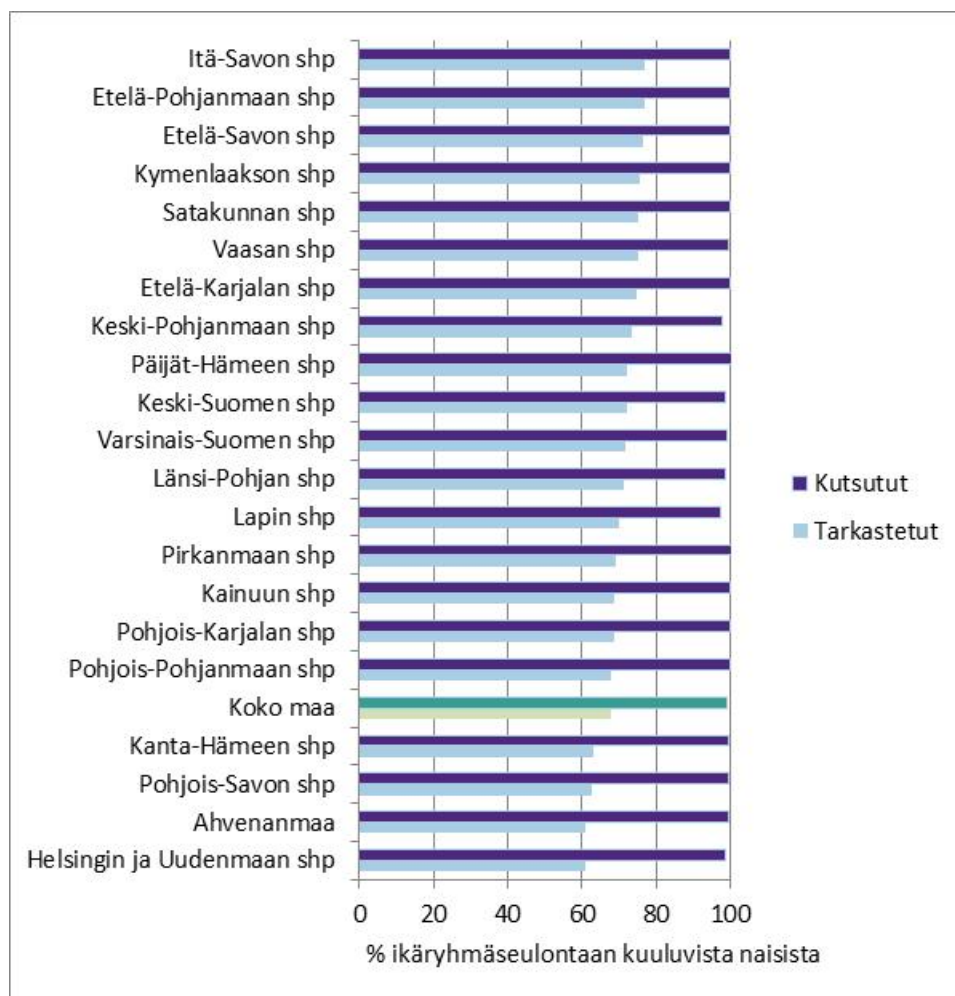


\* Tiedot perustuvat kyselyyn.

Islannin ja Luxemburgin tiedot ovat kolmen vuoden keskiarvoja.

Lähde OECD-maiden osalta: OECD Health at a Glance 2013.

**Kuvio 28. Kohdunkaulan syövän joukkotarkastukseen kutsutut ja tarkastetut 30–60-vuotiaat naiset sairaanhoitopiirin mukaan 2009–2011, %**

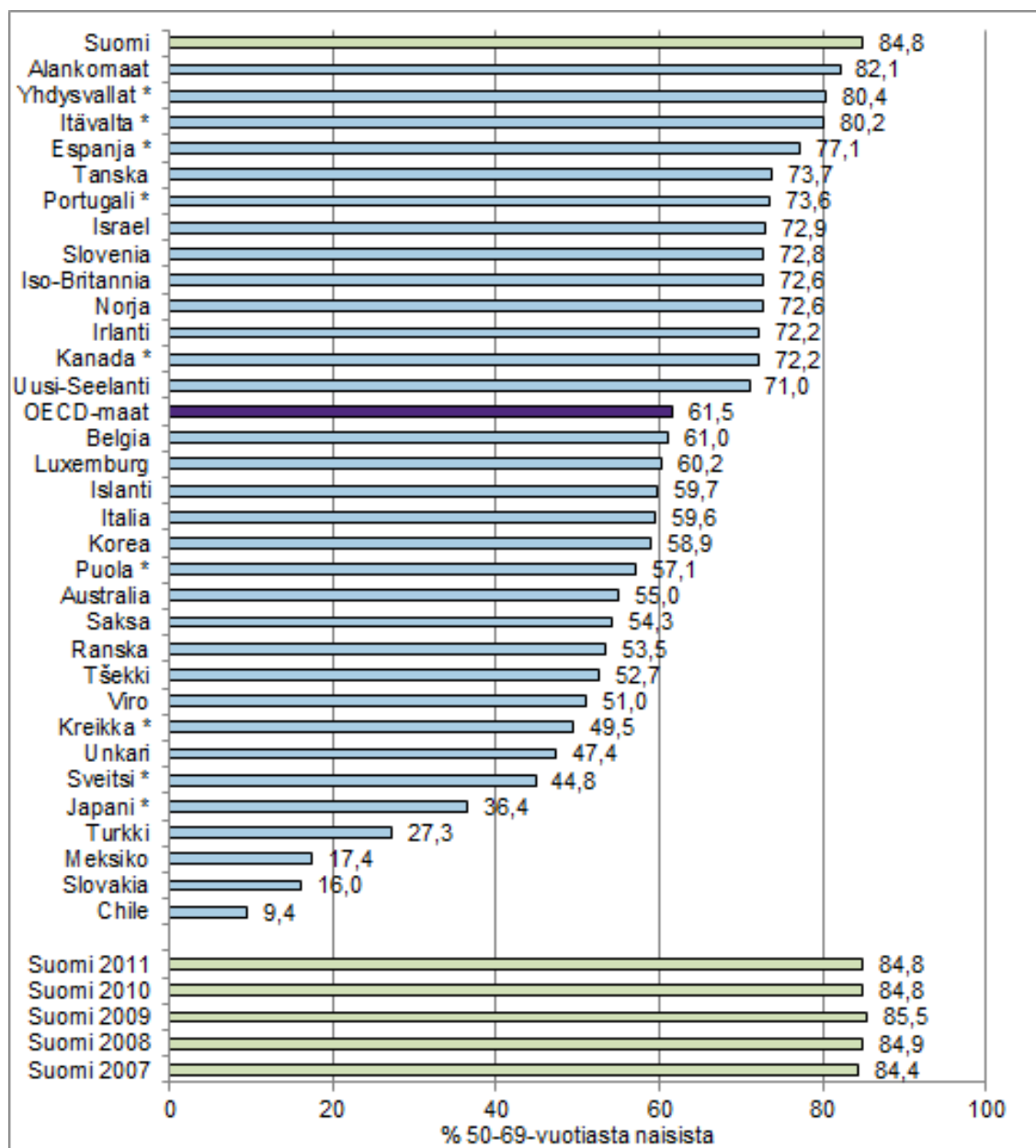


Kutsutut: Ikäryhmäseulontaan kutsutut naiset.

Tarkastetut: Ikäryhmäseulonnassa tarkastetut naiset.

Lähde OECD-maiden osalta: OECD Health at a Glance 2013.

**Kuvio 29. Rintasyövän joukkotarkastukseen kutsutuista osallistuneet 50–69 -vuotiaat naiset OECD-maissa 2011 ja Suomessa 2007–2011, %**

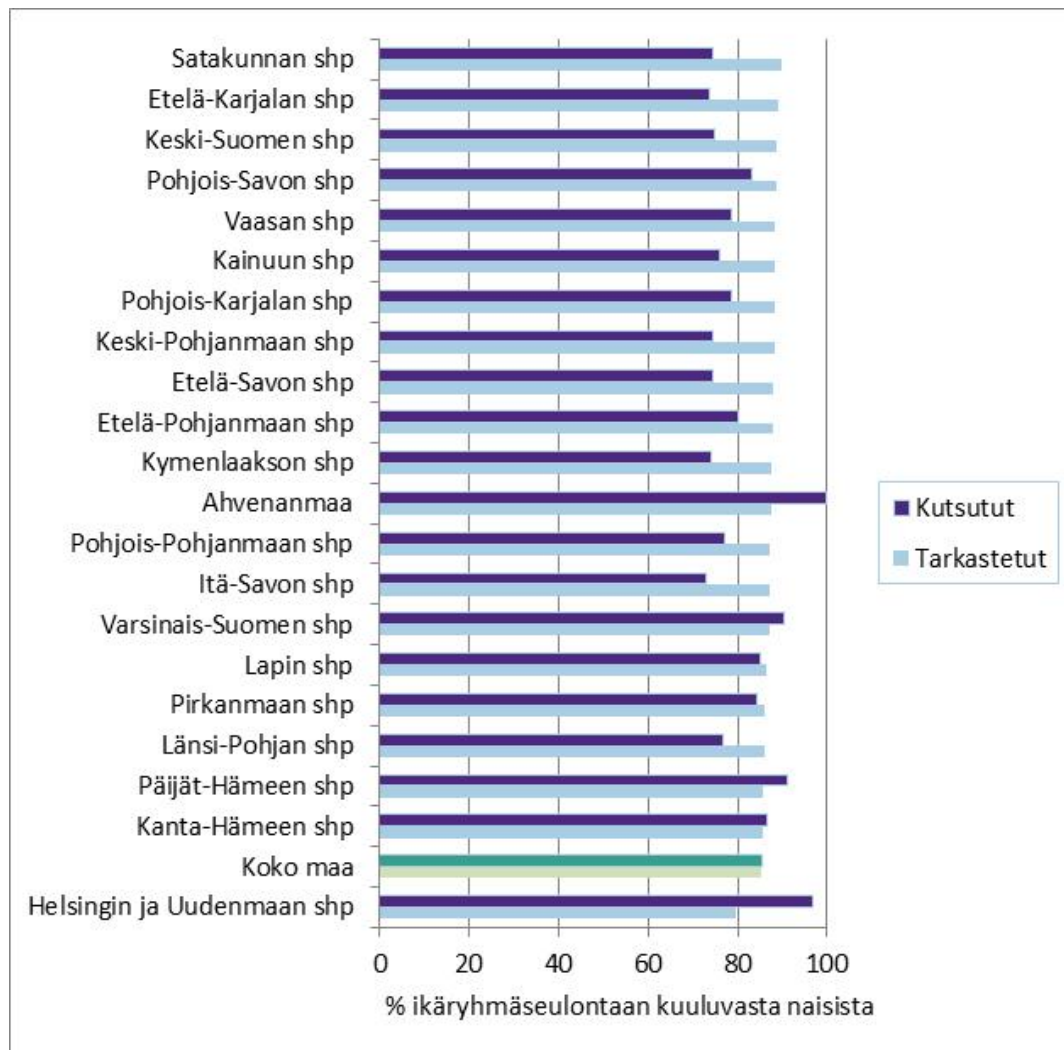


\* Tiedot perustuvat kyselyyn.

Islannin ja Luxemburgin tiedot ovat kolmen vuoden keskiarvoja.

Lähde OECD-maiden osalta: OECD Health at a Glance 2013.

**Kuvio 30. Rintasyövän joukkotarkastuksessa tarkastettujen osuus kutsutuista ja seulontaohjelman peittävyys (kutsu joka toinen vuosi) sairaanhoitopiirin mukaan 2009–2011, %**



Kutsutut: Ikäryhmäseulontaan kutsutut naiset.

Tarkastetut: Ikäryhmäseulonnassa tarkastetut naiset.

## Käsitteitä:

**Hoitojakso:** Hoitojaksolla (jaksolla) tarkoitetaan tässä tilastoraportissa ajanjaksoa, jonka potilas on sisäänkirjoitettuna sairaalan vuodeosaston potilaaksi.

**Päädiagnoosi:** Päädiagnoosiksi merkitään sairaus (tauti, vika, vamma tai kemiallisen aineen haittavaikutus), joka on vaatinut eniten voimavaroja hoitojakson aikana.

**Sivudiagnoosi:** Sivudiagnooseja ovat perussairaudet ja muut liitännäissairaudet sekä komplikaatiot, jotka esiintyvät samanaikaisesti päädiagnoosin kanssa ja vaikuttavat potilaan hoitoon.

**Diabeteksen komplikaatiot:** Diabeteksen välittömiä komplikaatioita ovat sokeriaineenvaihdunnan häiriön aiheuttamat akuutit ongelmat elintoiminnoissa kuten hyperglykemia, ketoasidoosi ja kooma. Pitkän aikavälin komplikaatiot eli lisäsairaudet ovat sokeriaineenvaihdunnan häiriön aiheuttamia pysyviä (kroonisista) muutoksia elimistössä. Näitä muutoksia voi olla mm. silmissä, munuaisissa, hermostossa, verisuonissa ja nivelissä. Terveystieteiden tutkimuskeskukseen komplikaation tyyppi kirjataan ICD-10 tautiluokituksen koodein (kaikki koodit E10-E14 paitsi koodit diabetekselle ilman komplikaatioita E10.9, E11.9, E12.9 ja E13.9).

**Luottamusväli:** Luottamusvälit ilmaisevat satunnaisotoksesta laskettuihin lukuihin sisältyvän virhemarginaalin. Otoksesta arvioidun tunnusluvun, esim. keskiarvo tai prosenttiluku, molemmille puolille voidaan laskea 95 %:n virhemarginaalit. Luottamusväli määrittelee ne rajat, joiden väliin 95 % keskiarvoista tai prosenttiluvuista asettuu, mikäli tutkimusta toistettaisiin loputtomasti.

**Ylikuolleisuus:** Tutkittavassa väestöryhmässä tapahtuva väestöön suhteutettu kuolleisuus, joka on korkeampi kuin koko väestön kuolleisuus.

**Spontaani alatiesynnytys:** Alateitse tapahtuva synnytys, jossa ei käytetä imukuppia tai pihtiä.

**Synnytyksen aikainen 3. tai 4. asteen repeämät:** Alateitse tapahtuvassa synnytyksessä tapahtuva kolmannen tai neljännen asteen repeämä (ICD-10: O70.2 tai O70.3).

**Syöpäkuolleisuus:** Niiden kuolemantapauksen määrä, joissa tilastollisena pääkuolemansyynä on pahanlaatuinen kasvain (ICD-10: C00-C97), 100 000 asukasta kohti.

**Suhteellinen eloonjäämisluku:** Suhteellinen eloonjäämisluku määritellään suhteeksi, kuinka suuri osuus potilaista on elossa tietyn ajan kuluttua diagnoosista verrattuna siihen, kuinka suuri osuus koko samaa sukupuolta edustavasta samanikäisestä väestöstä on elossa samoin seurantavuosina.

**Joukkotarkastukseen kutsutut:** Kohdunkaulan syövän osalta viiden vuoden välein tehtävään seulontaan ja rintasyöpäseulontaan kahden vuoden välein tehtävään seulontaan kutsutut naiset seulonta-asetuksen mukaisten ikäryhmien perusteella.

**Joukkotarkastuksessa tarkastetut:** Kohdunkaulan syövän ja rintasyöpäseulontaan osallistuneet naiset.

**Kirjallisuutta:**

Arah O ym. A Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. International Journal for Quality in Health Care, Vol 18, Supplement No. 1 ss. 5-13, 2006.

Drosler SE. Facilitating cross-national comparisons of indicators for patient safety at the healthsystem level in the OECD countries. OECD Health Technical Papers no. 19, 2008. s. 7-17.  
<http://www.oecd.org/dataoecd/24/48/40401929.pdf>.

Gissler M, Hämäläinen P, Jääskeläinen M, Larivaara M, Punto T, Rasilainen J, Vuori A: Sairastavuustilastoinnin kehittäminen ja OECD:n laatuindikaattorit Suomessa. THL Raportti 2012: 54.

OECD Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing.

[http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en).

**Liitetaulukot:**

Liitetaulukko 1. Perusterveydenhuollon laatuindikaattorit sairaanhoitopiireittäin 2012

Liitetaulukko 2. Mielenterveyden laatuindikaattorit sairaanhoitopiireittäin 2012

Liitetaulukko 3. Potilasturvallisuutta mittaavat laatuindikaattorit sairaanhoitopiireittäin 2008–2012

Liitetaulukko 4. Syövän seulontaan liittyvät laatuindikaattorit sairaanhoitopiireittäin 2009–2011



## Liitetaulukko 1. Perusterveydenhuollon laatuindikaattorit sairaanhoitopiireittäin 2012

I 15 vuotta täyttäneiden vuodeosastohoito sairaalassa astman vuoksi 100 000 asukasta kohti sairaanhoitopiireittäin 2012, 1/100 000

II 15 vuotta täyttäneiden vuodeosastohoito sairaalassa keuhkohtaumataudin vuoksi 100 000 asukasta kohti sairaanhoitopiireittäin 2012, 1/100 000

III 15 vuotta täyttäneiden vuodeosastohoito sairaalassa sydämen vajaatoiminnan vuoksi 100 000 asukasta kohti sairaanhoitopiireittäin 2012, 1/100 000

IV 15 vuotta täyttäneiden vuodeosastohoito sairaalassa diabeteksen vuoksi diabetespäädiagnoosilla ilman merkintöjä diabeteksen komplikaatioista sairaanhoitopiireittäin, 1/100 000

V 15 vuotta täyttäneiden vuodeosastohoito sairaalassa korkean verenpaineen vuoksi 100 000 asukasta kohti sairaanhoitopiireittäin 2012, 1/100 000

		I			II			III			IV			V		
		Vakioi- maton	Ikävaki- oitu	Potilaita	Vakioi- maton	Ikävaki- oitu	Potilaita	Vakioi- maton	Ikävaki- oitu	Potilaita	Vakioi- maton	Ikävaki- oitu	Potilaita	Vakioi- maton	Ikävaki- oitu	Potilaita
Koko maa	kaikki	65,75	66,26	3 387	157,86	149,08	8 132	319,83	300,33	16 476	61,46	63,2	3 166	82,52	78,0	4 251
	naiset	89,66	81,46	2 357	108,22	91,88	2 845	358,42	263,28	9 422	57,21	52,0	1 504	112,79	88,2	2 965
	miehet	40,37	48,01	1 030	207,23	232,59	5 287	276,49	343,33	7 054	65,14	76,3	1 662	50,41	60,5	1 286
HUS	kaikki	45,56	56,45	708	122,14	151,12	1 898	169,57	224,72	2 635	25,61	32,8	398	39,00	49,9	606
	naiset	65,54	73,60	525	98,37	105,70	788	191,99	197,48	1 538	23,97	27,4	192	50,06	52,5	401
	miehet	24,31	37,41	183	147,44	217,21	1 110	145,71	260,52	1 097	27,36	40,0	206	27,23	43,8	205
Varsinais-Suomen shp	kaikki	38,40	38,86	181	158,07	149,13	745	307,24	280,34	1 448	76,39	80,5	360	85,30	78,4	402
	naiset	52,88	48,55	128	105,35	90,38	255	325,15	231,26	787	74,78	71,5	181	112,79	84,4	273
	miehet	23,12	27,07	53	213,73	233,43	490	288,32	339,72	661	78,08	88,6	179	56,27	64,1	129
Satakunnan shp	kaikki	39,09	35,28	88	227,44	188,23	512	350,93	282,38	790	93,28	95,0	210	114,16	95,8	257
	naiset	60,34	47,22	69	156,54	118,33	179	403,17	254,10	461	81,33	71,9	93	162,67	111,4	186
	miehet	17,15	19,50	19	300,61	292,90	333	297,00	319,60	329	105,62	120,3	117	64,10	69,5	71
Kanta-Hämeen shp	kaikki	46,76	47,26	82	120,33	110,20	211	331,34	292,33	581	35,36	37,2	62	50,19	44,9	88
	naiset	71,52	68,68	64	78,23	63,90	70	391,13	270,30	350	27,94	28,4	25	75,99	55,2	68
	miehet	20,96	25,35	18	164,21	176,85	141	269,02	313,21	231	43,09	49,3	37	23,29	27,9	20
Pirkanmaan shp	kaikki	34,09	36,04	176	120,85	120,07	624	314,33	302,04	1 623	69,53	75,0	359	61,78	60,1	319
	naiset	46,43	43,45	122	79,54	69,92	209	371,05	275,08	975	68,50	66,4	180	88,29	70,4	232
	miehet	21,30	26,81	54	163,67	192,27	415	255,56	330,10	648	70,59	84,1	179	34,31	41,9	87
Päijät-Hämeen shp	kaikki	52,01	53,52	111	117,15	104,55	250	286,31	256,64	611	64,20	66,2	137	71,70	64,9	153
	naiset	77,35	76,30	85	95,55	76,08	105	315,77	217,91	347	62,79	56,5	69	93,73	68,4	103
	miehet	25,12	26,13	26	140,08	146,38	145	255,04	301,43	264	65,69	75,7	68	48,30	57,6	50
Kymenlaakson shp	kaikki	45,23	42,74	79	115,66	97,40	202	266,25	217,42	465	26,91	28,7	47	87,61	76,2	153
	naiset	59,78	45,33	53	92,49	67,87	82	296,65	187,52	263	22,56	21,1	20	92,49	64,8	82
	miehet	30,24	36,41	26	139,55	136,71	120	234,91	257,60	202	31,40	35,4	27	82,57	95,3	71

I 15 vuotta täyttäneiden vuodeosastohoito sairaalassa astman vuoksi 100 000 asukasta kohti sairaanhoitopiireittäin 2012, 1/100 000

II 15 vuotta täyttäneiden vuodeosastohoito sairaalassa keuhkohtaumataudin vuoksi 100 000 asukasta kohti sairaanhoitopiireittäin 2012, 1/100 000

III 15 vuotta täyttäneiden vuodeosastohoito sairaalassa sydämen vajaatoiminnan vuoksi 100 000 asukasta kohti sairaanhoitopiireittäin 2012, 1/100 000

IV 15 vuotta täyttäneiden vuodeosastohoito sairaalassa diabeteksen vuoksi diabetespäädiagnoosilla ilman merkintöjä diabeteksen komplikaatioista sairaanhoitopiireittäin, 1/100 000

V 15 vuotta täyttäneiden vuodeosastohoito sairaalassa korkean verenpaineen vuoksi 100 000 asukasta kohti sairaanhoitopiireittäin 2012, 1/100 000

		I			II			III			IV			V		
		Vakioi- maton	Ikävaki- oitu	Potilaita	Vakioi- maton	Ikävaki- oitu	Potilaita	Vakioi- maton	Ikävaki- oitu	Potilaita	Vakioi- maton	Ikävaki- oitu	Potilaita	Vakioi- maton	Ikävaki- oitu	Potilaita
Etelä-Karjalan shp	kaikki	49,83	45,70	66	144,22	117,43	191	351,85	276,93	466	67,20	63,8	89	46,81	38,0	62
	naiset	74,77	58,05	50	104,68	74,77	70	415,74	250,01	278	44,86	36,0	30	61,31	40,9	41
	miehet	24,40	28,76	16	184,53	184,81	121	286,71	310,37	188	89,98	101,9	59	32,03	31,1	21
Etelä-Savon shp	kaikki	117,95	107,68	124	140,78	109,06	148	744,82	565,53	783	88,46	90,9	93	112,25	85,6	118
	naiset	159,19	139,73	85	69,30	49,08	37	717,30	417,35	383	86,15	81,7	46	161,07	96,8	86
	miehet	75,39	82,45	39	214,57	210,54	111	773,22	742,55	400	90,85	105,8	47	61,86	73,2	32
Itä-Savon shp	kaikki	53,26	48,23	24	117,61	85,75	53	474,89	330,24	214	64,35	54,0	29	102,08	70,6	46
	naiset	56,41	48,52	13	52,07	34,68	12	529,38	285,74	122	56,41	41,5	13	117,16	66,9	27
	miehet	49,96	52,73	11	186,22	154,59	41	417,86	375,12	92	72,67	69,7	16	86,30	73,9	19
Pohjois-Karjalan shp	kaikki	162,72	146,64	276	149,16	124,61	253	432,75	361,58	734	112,61	108,6	191	94,92	79,9	161
	naiset	192,38	152,81	164	85,63	63,96	73	567,75	368,86	484	103,23	81,0	88	137,25	94,6	117
	miehet	132,76	136,11	112	213,36	208,77	180	296,33	333,63	250	122,09	139,5	103	52,15	55,3	44
Pohjois-Savon shp	kaikki	104,36	101,47	259	152,71	135,74	379	551,21	469,54	1 368	90,66	90,2	225	105,16	94,0	261
	naiset	146,49	126,23	184	80,41	68,21	101	594,72	389,66	747	87,58	73,1	110	143,31	110,1	180
	miehet	61,19	68,46	75	226,80	232,30	278	506,62	551,84	621	93,82	106,9	115	66,08	68,2	81
Keski-Suomen shp	kaikki	94,05	99,64	235	144,88	141,60	362	387,40	382,53	968	51,23	56,6	128	76,44	76,3	191
	naiset	135,26	130,03	171	84,63	76,01	107	438,20	333,16	554	41,13	39,4	52	121,02	101,5	153
	miehet	51,85	63,32	64	206,57	231,41	255	335,38	438,63	414	61,57	73,2	76	30,78	37,9	38
Etelä-Pohjanmaan shp	kaikki	63,38	59,67	126	171,02	148,59	340	308,34	249,44	613	93,56	84,2	186	182,09	151,6	362
	naiset	65,02	52,08	65	103,03	82,19	103	396,11	244,56	396	77,02	56,8	77	257,07	169,5	257
	miehet	61,72	71,48	61	239,79	254,90	237	219,56	252,40	217	110,29	123,7	109	106,24	113,6	105
Vaasan shp	kaikki	79,86	76,07	134	212,75	192,07	357	387,96	326,38	651	56,02	55,4	94	128,72	114,5	216
	naiset	112,46	92,68	94	116,05	94,92	97	429,49	285,04	359	56,23	48,3	47	171,08	126,2	143
	miehet	47,50	52,07	40	308,74	333,26	260	346,74	382,49	292	55,81	65,8	47	86,69	100,2	73

I 15 vuotta täyttäneiden vuodeosastohoito sairaalassa astman vuoksi 100 000 asukasta kohti sairaanhoitopiireittäin 2012, 1/100 000

II 15 vuotta täyttäneiden vuodeosastohoito sairaalassa keuhkohtaumataudin vuoksi 100 000 asukasta kohti sairaanhoitopiireittäin 2012, 1/100 000

III 15 vuotta täyttäneiden vuodeosastohoito sairaalassa sydämen vajaatoiminnan vuoksi 100 000 asukasta kohti sairaanhoitopiireittäin 2012, 1/100 000

IV 15 vuotta täyttäneiden vuodeosastohoito sairaalassa diabeteksen vuoksi diabetespäädiagnoosilla ilman merkintöjä diabeteksen komplikaatioista sairaanhoitopiireittäin, 1/100 000

V 15 vuotta täyttäneiden vuodeosastohoito sairaalassa korkean verenpaineen vuoksi 100 000 asukasta kohti sairaanhoitopiireittäin 2012, 1/100 000

		I			II			III			IV			V		
		Vakioi- maton	Ikävakio- oitu	Potilaita	Vakioi- maton	Ikävakio- oitu	Potilaita	Vakioi- maton	Ikävakio- oitu	Potilaita	Vakioi- maton	Ikävakio- oitu	Potilaita	Vakioi- maton	Ikävakio- oitu	Potilaita
Keski-Pohjanmaan shp	kaikki	88,24	84,38	69	240,41	226,13	188	191,82	174,31	150	56,27	62,3	44	217,39	207,0	170
	naiset	106,66	86,11	42	200,62	172,85	79	213,31	149,66	84	45,71	50,1	18	312,35	247,3	123
	miehet	69,55	76,65	27	280,78	312,34	109	170,01	206,14	66	66,97	78,6	26	121,07	143,0	47
Pohjois-Pohjanmaan shp	kaikki	68,32	82,62	273	168,43	191,29	673	292,06	342,35	1 167	51,05	60,9	204	103,61	122,1	414
	naiset	95,31	102,32	189	106,40	111,96	211	316,68	297,23	628	51,44	54,4	102	156,83	155,1	311
	miehet	41,73	57,02	84	229,54	302,16	462	267,79	394,10	539	50,68	66,5	102	51,17	70,8	103
Kainuun shp	kaikki	101,66	91,74	79	212,33	172,12	165	226,48	183,38	176	78,50	75,0	61	66,92	57,5	52
	naiset	141,71	117,72	55	123,67	93,59	48	288,57	185,05	112	90,18	84,7	35	90,18	67,2	35
	miehet	61,70	61,48	24	300,79	279,44	117	164,54	166,22	64	66,84	69,3	26	43,71	47,2	17
Länsi-Pohjan shp	kaikki	58,62	54,92	38	177,40	156,44	115	532,21	462,35	345	120,32	117,5	78	117,24	102,6	76
	naiset	61,76	49,83	20	138,97	108,27	45	629,98	424,85	204	151,32	127,6	49	176,02	128,1	57
	miehet	55,48	59,93	18	215,77	237,21	70	434,62	485,88	141	89,39	97,6	29	58,57	62,1	19
Lapin shp	kaikki	205,48	211,63	243	326,39	288,34	386	487,90	453,81	577	129,37	129,8	153	106,54	100,3	126
	naiset	290,57	271,39	171	251,49	208,91	148	508,08	394,13	299	118,95	104,1	70	132,54	109,3	78
	miehet	121,19	135,66	72	400,59	405,78	238	467,91	520,89	278	139,70	159,8	83	80,79	89,9	48

## Liitetaulukko 2. Mielenterveyden laatuindikaattorit sairaanhoitopiireittäin 2012

I Skitsofrenian vuoksi hoidetun potilaan suunnitteleman vuodeosastohoidon uusiutuminen 30 päivän kuluessa sairaanhoitopiireittäin 2012, % kotiutetuista - kaikki sairaalat

II Skitsofrenian vuoksi hoidetun potilaan suunnitteleman vuodeosastohoidon uusiutuminen 30 päivän kuluessa sairaanhoitopiireittäin 2012, % kotiutetuista – sama sairaala

III Kaksisuuntaisen mielialahäiriön vuoksi hoidetun potilaan suunnitteleman vuodeosastohoidon uusiutuminen samassa sairaalassa 30 pv kuluessa shpiireittäin 2012, % kotiutetuista – kaikki sairaalat

IV Kaksisuuntaisen mielialahäiriön vuoksi hoidetun potilaan suunnitteleman vuodeosastohoidon uusiutuminen samassa sairaalassa 30 pv kuluessa shpiireittäin 2012, % kotiutetuista – sama sairaala

		I		II		III		IV	
		Ikävakiointu	Potilaita	Ikävakiointu	Potilaita	Ikävakiointu	Potilaita	Ikävakiointu	Potilaita
Koko maa	kaikki	8,07	644	7,12	558	8,95	286	6,84	218
	naiset	8,82	318	7,82	273	9,34	159	7,08	121
	miehet	7,39	326	6,49	285	8,43	127	6,54	97
HUS	kaikki	7,99	177	7,31	160	9,15	85	7,56	71
	naiset	8,40	81	7,80	75	8,96	46	6,78	36
	miehet	7,64	96	6,88	85	9,18	39	8,38	35
Varsinais-Suomen shp	kaikki	6,11	33	5,00	26	8,02	25	5,16	17
	naiset	7,14	19	6,32	16	10,06	15	7,00	11
	miehet	5,11	14	3,66	10	5,91	10	3,24	6
Satakunnan shp	kaikki	7,54	25	6,49	22	7,02	7	2,44	3
	naiset	9,41	16	8,44	15	5,69	3	2,77	2
	miehet	5,65	9	4,38	7	8,32	4	2,13	1
Kanta-Hämeen shp	kaikki	9,90	19	9,90	19	12,13	13	12,13	13
	naiset	7,22	5	7,22	5	18,40	11	18,40	11
	miehet	13,38	14	13,38	14	5,55	2	5,55	2
Pirkanmaan shp	kaikki	7,91	54	7,35	50	9,25	25	6,12	17
	naiset	9,60	31	8,94	29	8,18	11	5,88	9
	miehet	6,19	23	5,73	21	9,96	14	5,91	8
Päijät-Hämeen shp	kaikki	5,77	18	5,62	17	8,32	7	7,21	5
	naiset	8,03	10	8,03	10	8,04	6	5,93	4
	miehet	3,62	8	3,30	7	8,32	1	8,32	1
Kymenlaakson shp	kaikki	2,61	6	2,34	5	0,00	0	0,00	0
	naiset	3,36	3	3,36	3	0,00	0	0,00	0
	miehet	1,88	3	1,34	2	0,00	0	0,00	0
Etelä-Karjalan shp	kaikki	11,13	27	10,09	23	10,33	6	9,31	5
	naiset	10,34	12	8,36	8	18,62	5	16,85	4
	miehet	11,99	15	11,99	15	1,72	1	1,72	1

I Skitsofrenian vuoksi hoidetun potilaan suunnitteleman vuodeosastohoidon uusiutuminen 30 päivän kuluessa sairaanhoitopiireittäin 2012, % kotiutetuista - kaikki sairaalat

II Skitsofrenian vuoksi hoidetun potilaan suunnitteleman vuodeosastohoidon uusiutuminen 30 päivän kuluessa sairaanhoitopiireittäin 2012, % kotiutetuista – sama sairaala

III Kaksisuuntaisen mielialahäiriön vuoksi hoidetun potilaan suunnitteleman vuodeosastohoidon uusiutuminen samassa sairaalassa 30 pv kuluessa shpiireittäin 2012, % kotiutetuista – kaikki sairaalat

IV Kaksisuuntaisen mielialahäiriön vuoksi hoidetun potilaan suunnitteleman vuodeosastohoidon uusiutuminen samassa sairaalassa 30 pv kuluessa shpiireittäin 2012, % kotiutetuista – sama sairaala

		I		II		III		IV	
		Ikävakioitu	Potilaita	Ikävakioitu	Potilaita	Ikävakioitu	Potilaita	Ikävakioitu	Potilaita
Etelä-Savon shp	kaikki	8,64	10	4,96	6	0,00	0	0,00	0
	naiset	4,22	3	1,75	1	0,00	0	0,00	0
	miehet	13,11	7	8,25	5	0,00	0	0,00	0
Itä-Savon shp	kaikki	3,95	4	3,95	4	0,00	0	0,00	0
	naiset	3,76	2	3,76	2	0,00	0	0,00	0
	miehet	4,18	2	4,18	2	0,00	0	0,00	0
Pohjois-Karjalan shp	kaikki	8,22	23	7,63	21	5,51	9	4,45	7
	naiset	10,54	12	10,00	11	6,14	5	6,14	5
	miehet	6,01	11	5,38	10	4,60	4	2,41	2
Pohjois-Savon shp	kaikki	9,32	47	7,84	40	11,42	28	10,50	26
	naiset	8,79	21	6,85	16	9,66	12	8,78	11
	miehet	9,80	26	8,81	24	13,16	16	12,76	15
Keski-Suomen shp	kaikki	3,70	12	2,64	8	5,15	9	3,66	6
	naiset	4,17	6	3,29	4	3,31	4	2,12	2
	miehet	3,20	6	1,95	4	7,07	5	5,23	4
Etelä-Pohjanmaan shp	kaikki	11,34	53	10,22	46	9,16	13	4,54	6
	naiset	10,62	28	9,32	24	9,39	7	0,74	1
	miehet	12,08	25	11,20	22	9,20	6	8,57	5
Vaasan shp	kaikki	7,07	22	6,12	19	9,97	5	6,50	5
	naiset	7,13	11	6,42	10	17,51	3	11,08	3
	miehet	6,95	11	5,82	9	2,67	2	1,94	2
Keski-Pohjanmaan shp	kaikki	5,32	8	4,24	6	0,00	0	0,00	0
	naiset	4,33	4	2,19	2	0,00	0	0,00	0
	miehet	6,20	4	6,20	4	0,00	0	0,00	0
Pohjois-Pohjanmaan shp	kaikki	6,34	48	5,45	40	11,07	25	6,10	14
	naiset	7,65	28	6,51	23	13,00	17	7,08	9
	miehet	5,07	20	4,43	17	9,15	8	5,07	5
Kainuun shp	kaikki	11,80	15	10,30	12	8,68	5	3,80	3
	naiset	12,54	4	11,49	3	3,98	2	2,22	1
	miehet	11,13	11	9,20	9	13,39	3	5,27	2

I Skitsofrenian vuoksi hoidetun potilaan suunnitteleman vuodeosastohoidon uusiutuminen 30 päivän kuluessa sairaanhoitopiireittäin 2012, % kotiutetuista - kaikki sairaalat

II Skitsofrenian vuoksi hoidetun potilaan suunnitteleman vuodeosastohoidon uusiutuminen 30 päivän kuluessa sairaanhoitopiireittäin 2012, % kotiutetuista – sama sairaala

III Kaksisuuntaisen mielialahäiriön vuoksi hoidetun potilaan suunnitteleman vuodeosastohoidon uusiutuminen samassa sairaalassa 30 pv kuluessa shpiireittäin 2012, % kotiutetuista – kaikki sairaalat

IV Kaksisuuntaisen mielialahäiriön vuoksi hoidetun potilaan suunnitteleman vuodeosastohoidon uusiutuminen samassa sairaalassa 30 pv kuluessa shpiireittäin 2012, % kotiutetuista – sama sairaala

		I		II		III		IV	
		Ikävakioitu	Potilaita	Ikävakioitu	Potilaita	Ikävakioitu	Potilaita	Ikävakioitu	Potilaita
Länsi-Pohjan shp	kaikki	10,02	14	7,04	12	0,00	0	0,00	0
	naiset	11,19	7	5,22	5	0,00	0	0,00	0
	miehet	8,61	7	8,61	7	0,00	0	0,00	0
Lapin shp	kaikki	13,12	26	10,63	18	12,33	10	10,14	9
	naiset	15,06	15	11,67	10	8,37	5	8,37	5
	miehet	11,27	11	9,72	8	16,29	5	11,92	4

### Liitetaulukko 3. Potilasturvallisuutta mittaavat laatuindikaattorit sairaanhoitopiireittäin 2008–2012

I Synnytyksen aikaiset 3. tai 4. asteen repeämät spontaanissa alatiesynnytyksessä sairaanhoitopiireittäin 2008–2012, %

II Synnytyksen aikaiset 3. tai 4. asteen repeämät imukuppi- tai pihtisynnytyksessä sairaanhoitopiireittäin 2008–2012, %

III Toimenpiteen yhteydessä kehoon jäänyt vierasesine 100 000 sairaalasta poistoa kohti sairaanhoitopiireittäin 2008–2012

IV Toimenpiteen jälkeinen keuhkoembolia tai laskimotromboosi 100 000 sairaalasta poistoa kohti sairaanhoitopiireittäin 2008–2012

V Toimenpiteen jälkeinen verenmyrkytys (sepsis) 100 000 sairaalasta poistoa kohti sairaanhoitopiireittäin 2008–2012

VI Toimenpiteen yhteydessä syntynyt tapaturmainen pistohaava tai laseraatio 100 000 toimenpidettä kohti sairaanhoitopiireittäin 2008–2012

		I		II		III		IV		V		VI	
		Vakioi- maton	Tapah- tumia	Vakioi- maton	Tapah- tumia	Vakioi- maton	Tapah- tumia	Vakioi- maton	Tapah- tumia	Vakioi- maton	Tapah- tumia	Vakioi- maton	Tapah- tumia
Koko maa	kaikki					1,88	88	328,8	3 608	378,4	961	27,4	1 185
	naiset	0,71 %	1576	3,48 %	888	2,18	57	345,6	1 921	278,0	373	39,9	905
	miehet					1,50	31	311,7	1 687	490,9	588	13,6	280
HUS	kaikki					1,61	15	406,2	1 232	566,7	370	28,1	232
	naiset	1,10 %	723	3,58 %	331	1,65	9	416,7	638	414,6	140	44,6	196
	miehet					1,56	6	395,4	594	729,5	230	9,3	36
Varsinais-Suomen shp	kaikki					2,47	10	293,2	387	338,4	111	27,4	103
	naiset	0,57 %	107	4,84 %	108	1,32	3	327,8	219	194,6	34	39,3	78
	miehet					3,94	7	257,7	168	502,1	77	14,1	25
Satakunnan shp	kaikki					1,69	4	115,2	46	82,5	9	28,2	63
	naiset	0,15 %	12	0,48 %	4	3,11	4	90,5	18	51,8	3	40,5	47
	miehet					0,00	0	139,8	28	117,3	6	14,9	16
Kanta-Hämeen shp	kaikki					3,37	5	293,8	95	147,5	11	45,8	63
	naiset	0,72 %	47	6,06 %	51	3,63	3	259,6	43	127,2	5	65,3	47
	miehet					3,05	2	329,7	52	170,1	6	24,4	16
Pirkanmaan shp	kaikki					1,16	5	246,4	176	379,1	62	18,3	73
	naiset	0,68 %	147	4,99 %	97	2,05	5	243,0	88	248,5	21	26,5	56
	miehet					0,00	0	249,8	88	518,7	41	9,1	17
Päijät-Hämeen shp	kaikki					2,77	5	467,3	242	285,9	24	48,0	81
	naiset	1,34 %	102	6,79 %	63	2,99	3	534,1	140	243,2	11	80,1	71
	miehet					2,49	2	398,9	102	335,7	13	12,5	10
Kymenlaakson shp	kaikki					1,33	2	71,0	21	96,1	8	34,6	49
	naiset	0,70 %	41	2,68 %	15	1,22	1	76,9	12	88,0	4	48,9	36
	miehet					1,47	1	64,5	9	105,8	4	19,1	13

I Synnytyksen aikaiset 3. tai 4. asteen repeämät spontaanissa alatiesynnytyksessä sairaanhoitopiireittäin 2008–2012, %

II Synnytyksen aikaiset 3. tai 4. asteen repeämät imukuppi- tai pihtisynnytyksessä sairaanhoitopiireittäin 2008–2012, %

III Toimenpiteen yhteydessä kehoon jäänyt vierasesine 100 000 sairaalasta poistoa kohti sairaanhoitopiireittäin 2008–2012

IV Toimenpiteen jälkeinen keuhkoembolia tai laskimotromboosi 100 000 sairaalasta poistoa kohti sairaanhoitopiireittäin 2008–2012

V Toimenpiteen jälkeinen verenmyrkytys (sepsis) 100 000 sairaalasta poistoa kohti sairaanhoitopiireittäin 2008–2012

VI Toimenpiteen yhteydessä syntynyt tapaturmainen pistohaava tai laseraatio 100 000 toimenpidettä kohti sairaanhoitopiireittäin 2008–2012

	I		II		III		IV		V		VI	
	Vakioi- maton	Tapah- tumia	Vakioi- maton	Tapah- tumia	Vakioi- maton	Tapah- tumia	Vakioi- maton	Tapah- tumia	Vakioi- maton	Tapah- tumia	Vakioi- maton	Tapah- tumia
Etelä-Karjalan shp	kaikki				4,40		5	287,3	64	217,0	12	65,6
	naiset	0,07 %	3	0,83 %	4	4,94	3	295,4	34	96,6	3	81,7
	miehet					3,78	2	278,6	30	371,0	9	49,1
Etelä-Savon shp	kaikki				4,33		5	181,9	41	131,3	7	20,9
	naiset	0,22 %	7	1,63 %	4	3,27	2	209,4	24	137,3	4	36,0
	miehet					5,52	3	153,5	17	124,1	3	5,5
Itä-Savon shp	kaikki				2,10		1	187,5	19	238,6	6	77,4
	naiset	0,40 %	5	1,40 %	3	3,82	1	172,9	9	221,2	3	134,2
	miehet					0,00	0	203,0	10	258,8	3	14,0
Pohjois-Karjalan shp	kaikki				1,55		3	297,0	96	466,3	36	19,6
	naiset	0,14 %	9	0,53 %	3	1,91	2	318,3	52	385,0	15	25,1
	miehet					1,13	1	275,2	44	549,2	21	13,6
Pohjois-Savon shp	kaikki				1,70		5	268,3	183	324,9	51	21,1
	naiset	0,45 %	44	1,83 %	16	2,51	4	348,6	119	255,0	21	29,1
	miehet					0,74	1	187,9	64	402,1	30	12,6
Keski-Suomen shp	kaikki				1,44		4	167,4	79	280,5	33	6,5
	naiset	0,57 %	64	2,11 %	27	1,29	2	176,8	43	187,3	12	9,5
	miehet					1,63	2	157,3	36	391,9	21	3,3
Etelä-Pohjanmaan shp	kaikki				3,85		8	591,9	222	199,6	18	23,6
	naiset	0,55 %	46	2,67 %	21	5,18	6	584,5	111	85,6	4	32,2
	miehet					2,17	2	599,4	111	322,3	14	14,1
Vaasan shp	kaikki				1,29		2	309,7	79	372,7	24	32,2
	naiset	1,10 %	83	6,03 %	57	2,32	2	324,0	42	209,2	7	45,6
	miehet					0,00	0	294,9	37	549,6	17	17,6
Keski-Pohjanmaan shp	kaikki				2,50		2	207,7	26	469,7	17	22,9
	naiset	0,53 %	19	3,19 %	11	4,51	2	167,6	11	354,1	7	33,7
	miehet					0,00	0	251,9	15	609,0	10	11,2



I Synnytyksen aikaiset 3. tai 4. asteen repeämät spontaanissa alatiesynnytyksessä sairaanhoitopiireittäin 2008–2012, %

II Synnytyksen aikaiset 3. tai 4. asteen repeämät imukuppi- tai pihtisynnytyksessä sairaanhoitopiireittäin 2008–2012, %

III Toimenpiteen yhteydessä kehoon jäänyt vierasesine 100 000 sairaalasta poistoa kohti sairaanhoitopiireittäin 2008–2012

IV Toimenpiteen jälkeinen keuhkoembolia tai laskimotromboosi 100 000 sairaalasta poistoa kohti sairaanhoitopiireittäin 2008–2012

V Toimenpiteen jälkeinen verenmyrkytys (sepsis) 100 000 sairaalasta poistoa kohti sairaanhoitopiireittäin 2008–2012

VI Toimenpiteen yhteydessä syntynyt tapaturmainen pistohaava tai laseraatio 100 000 toimenpidettä kohti sairaanhoitopiireittäin 2008–2012

		I		II		III		IV		V		VI	
		Vakioi- maton	Tapah- tumia	Vakioi- maton	Tapah- tumia	Vakioi- maton	Tapah- tumia	Vakioi- maton	Tapah- tumia	Vakioi- maton	Tapah- tumia	Vakioi- maton	Tapah- tumia
Pohjois-Pohjanmaan shp	kaikki					0,53	2	459,8	407	556,6	108	23,8	82
	naiset	0,21 %	47	1,87 %	41	0,47	1	515,0	229	506,4	53	32,5	58
	miehet					0,60	1	404,0	178	615,4	55	14,4	24
Kainuun shp	kaikki					0,00	0	256,5	47	196,2	9	26,9	21
	naiset	0,70 %	18	3,44 %	11	0,00	0	211,8	20	333,5	8	47,1	19
	miehet					0,00	0	304,0	27	45,7	1	5,3	2
Länsi-Pohjan shp	kaikki					2,72	2	430,4	86	568,9	24	24,6	17
	naiset	0,65 %	18	4,29 %	9	4,98	2	433,4	44	299,1	7	22,3	8
	miehet					0,00	0	427,4	42	904,7	17	27,0	9
Lapin shp	kaikki					1,41	2	162,1	37	225,7	15	27,4	37
	naiset	0,26 %	12	1,33 %	5	1,31	1	126,1	15	198,6	7	33,3	23
	miehet					1,51	1	201,3	22	256,2	8	21,2	14

**Liitetaulukko 4. Syövän seulontaan liittyvät laatuindikaattorit sairaanhoitopiireittäin 2009-2011, %**

	Kohdunkaulansyöpä		Rintasyöpä	
	Kutsutut	Tarkastetut	Kutsutut	Tarkastetut
	%	%	%	%
Koko maa	99,4	67,7	85,4	85,3
Helsingin ja Uudenmaan shp	98,6	60,9	96,8	79,4
Varsinais-Suomen shp	99,3	71,8	90,2	87,0
Satakunnan shp	99,9	75,2	74,6	89,8
Kanta-Hämeen shp	99,6	63,3	86,7	85,8
Pirkanmaan shp	100,0	69,2	84,5	86,2
Päijät-Hämeen shp	100,0	72,3	91,0	85,8
Kymenlaakson shp	99,9	75,6	74,0	87,7
Etelä-Karjalan shp	100,0	74,9	73,6	89,0
Etelä-Savon shp	100,0	76,3	74,4	88,1
Itä-Savon shp	99,9	76,8	72,9	87,0
Pohjois-Karjalan shp	99,8	68,8	78,6	88,2
Pohjois-Savon shp	99,8	62,5	83,3	88,6
Keski-Suomen shp	98,9	72,2	74,9	88,7
Etelä-Pohjanmaan shp	99,8	76,7	80,0	88,0
Vaasan shp	99,6	75,1	78,6	88,3
Keski-Pohjanmaan shp	98,1	73,6	74,5	88,1
Pohjois-Pohjanmaan shp	100,0	67,8	77,1	87,0
Kainuun shp	99,9	68,9	75,8	88,3
Länsi-Pohjan shp	98,7	71,2	76,8	86,1
Lapin shp	97,5	70,1	85,0	86,6
Ahvenanmaa	99,7	61,0	99,8	87,4

### **Tilastotietojen relevanssi**

OECD on vuodesta 2002 alkaen kehittänyt kansainvälisessä eri jäsenmaiden asiantuntijoista koostuvassa työryhmässä terveydenhuollon toimintaa kuvaavia laatuosoittimia (OECD Health Care Quality Indicators, HCQI). Merkittävää kehittämistyötä jo aiemmin olivat tehneet Agency for Healthcare Research and Quality (AHCRC 2012) erityisesti Yhdysvaltojen ja Kanadan johdolla ja vastaavasti Pohjoismaissa Pohjoismaisen ministerineuvoston asettama laatuindikaattorihanke (Kvalitetsmåling i sundhedsvæsenet 2003). Näiden hankkeiden asiantuntijuus yhdistettiin OECD:n hankkeeseen. Asiantuntijat valitsivat kirjallisuuskatsausten ja paneelien avulla indikaattoreita, joiden keräämistä ja vertailua kokeiltiin. Valintakriteerinä oli löytää mittareita, joilla voidaan seurata terveydenhuoltojärjestelmien toimintakyvyn ja laadun kehittymistä palvelujärjestelmän yleisen toimivuuden tasolla. Indikaattoreiden tuli kuvata sellaista asiaa, johon on mahdollista vaikuttaa terveystaloudellisin päätöksillä<sup>1</sup>. Lisäksi indikaattoreiden tuli olla sellaisia että riittävä joukko maita pystyy tietovarannoistaan tuottamaan indikaattorista tietoja kansainväliseen tarkasteluun.

Kehittämistyö on tapahtunut kokeillen ja arvioiden HCQI-työryhmässä maiden tuottamia laatuindikaattoritietoja. Julkaisukelpoisiksi arvioituja laatuosoittintietoja on julkaistu kahden vuoden välein OECD:n Health at a Glance -julkaisuissa vuodesta 2007 alkaen. Lisäksi OECD on vienyt valikoituja osoittintietoja mukaan vuosittain ilmestyvään tilastotietokantaansa<sup>2</sup>. Muutamia hankkeessa syntyneitä indikaattoreita on viety myös Pohjoismaiseen tilastotuotantoon (NOMESKO 2010).

Monet OECD-maat ovat hyödyntäneet OECD:n laatuindikaattoreita palvelujärjestelmänsä trendien havainnointiin aikasarjoina sekä soveltuvaksi arvioimiaan osoittimia myös alueelliseen vertailuun. Palvelujärjestelmän tarkastelu kokonaisuutena on hyvä huomata myös alueellisen tiedon tarkastelussa, jossa osoittimet liittyvät enemmän koko alueen toiminnan kokonaisuuden laatuun kuin yhden organisaation, esimerkiksi erikoissairaanhoidon palvelujen tuottajan omaan toimintaan. Suomen laatuosoittimet on muodostettu Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen hallinnoimien kansallisten hoitoilmoitus-, syntyneiden lasten sekä syöpä- ja joukkotarkastusrekisterien tiedoista. Lisäksi osoittimien muodostamisessa on hyödynnetty Tilastokeskuksen kuolemansyyaineistoa. Tietojen käyttö perustuu terveydenhuollon henkilörekisterilakiin ja tilastolakiin perustuvaan THL:n oikeuteen tuottaa tilastotietoja.

Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) on kehittyneiden markkinatalousmaiden yhteistyöjärjestö, johon kuuluu 30 jäsenmaata. OECD tekee analyyseja ja maakatsauksia yhteiskunnan eri lohkoilta ja antaa politiikkasuosituksia. Se tuottaa kansainvälisesti vertailukelpoisia tilastoja ja tietokantoja, esimerkiksi OECD Health Data ja Social Expenditure Database. Järjestöllä on tavoitteena tuottaa politiikkarelevanttia tietoa jäsenmaidensa kehityksen tueksi.

---

<sup>1</sup> Arah O ym. A Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. International Journal for Quality in Health Care, Vol 18, Supplement No. 1 ss. 5-13.

<sup>2</sup> [www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata).

## Tilastotutkimuksen menetelmäkuvaus

*Health at a Glance* 2013 -julkaisua<sup>3</sup> varten kerättiin OECD:n tilastotiedonkeruuohjeiden mukaiset tiedot ja samaa ohjeistusta käyttäen laskenta on laajennettu kansallisesti sairaanhoitopiiritasolle. Aineistona tilastolle olivat OECD:n tiedonkeruuta varten sairaaloiden hoitoilmoitusrekisteristä (HILMO) ja syntyneiden lasten rekisteristä sekä syöpä- ja joukkotarkastusrekistereistä tuotetut laatuosoitinaineistot, joiden tilastanalyysiä syvennettiin sairaanhoitopiirikohtaisella lisäanalyysitasolla. Sairaanhoitopiiritasolle lasketuissa luvuissa hyödynnettiin OECD:n hyväksymiä määritelmiä ja rajoituksia. OECD-luvut on osassa potilasturvallisuusindikaattoreita vakioitu sivudiagnoosien lukumäärän mukaan. Suomessa sivudiagnoosien ilmoittaminen hoitoilmoituksen yhteydessä vaihtelee sairaanhoitopiireittäin ja siksi sairaanhoitopiiritasoiset indikaattoriluvut muodostettiin ilman tätä vakiointia, eivätkä ne ole suoraan verrannollisia kansainvälisiin lukuihin, mutta ovat paremmin vertailukelpoisia keskenään.

Valtaosa laatuosoittimista laskettiin käyttäen OECD:n hankkeessa sovittua vakiointia (OECD:n vuoden 2010 standardiväestö). Tämä vakiointitapa valittiin, jotta saatuja lukuja voitiin tarkastella suhteessa OECD:n julkaisemiin eri maiden lukuihin. Näin sairaanhoitopiirien välisen vaihtelun suuruutta oli mahdollista tarkastella suhteessa eri maiden väliseen vaihteluun. Osoittimien laskemisessa käytetyt OECD:n laatuindikaattorituotantoa varten laatimat manuaalit potilasturvallisuusosoittimille<sup>4</sup> ja muille osoittimille ovat saatavilla englanninkielisinä OECD:stä ja pyynnöstä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta. Osoittimet kerätään OECD:ssä kahden vuoden välein, ja keräysohjeet pyritään pitämään vertailtavuuden varmistamiseksi mahdollisimman samanlaisina. Keräyskierrosten väliset muutokset manuaaleihin dokumentoidaan. Koska Suomi OECD:n jäsenmaana tuottaa tiedot säännöllisesti, se osaltaan huolehtii, että tiedonkeruun tekotapa on Suomessakin hallitusti toistettavissa. Kansallisessa tarkastelussa tapausten määrä vuonna 2012 ei kaikkien indikaattoreiden osalta riittänyt luotettavaan tilastotarkasteluun. Näiden indikaattoreiden osalta laskettiin sairaanhoitopiiritasoiset luvut vuosille 2008–2012. Muut sairaanhoitopiiritasoiset osoittimet on laskettu käyttäen vuoden 2012 tietoja.

Yksittäisten indikaattoreiden muodostumisesta on tarkempi kuvaus liitteessä 1.

## Tietojen oikeellisuus ja tarkkuus

Kansainvälisen vertailun osalta on tärkeä huomata, että maiden välillä on eroja tietolähteissä ja osoitinten muodostamisessa. Osassa OECD-jäsenmaista on rekisteritietoja, osassa koko tilastojärjestelmä perustuu väestökyselyihin ja tieto on siten otospohjaista tai se kerätään vain osasta maata. OECD ohjeistaa useissa osoittimissa käyttämään tulodiagnooseja. Suomessa joudutaan käyttämään sairaaloiden hoitoilmoitusrekisterin (HILMO) lähtödiagnoositietoja, koska tulodiagnooseja ei rekisteröidä järjestelmiin. Vaikka kansainväliset indikaattoritiedot eivät varmuudella ole vertailukelpoisia, on kukin indikaattorit tuottanut OECD-jäsenmaa arvioinut omat lukunsa ja hyväksynyt ne julkaistavaksi vertailuasetelmassa muiden maiden tietojen kanssa.

Sairaanhoitopiiritasoinen tarkastelu julkaistiin vuonna 2012 osana Sairastavuustilastoinnin kehittäminen ja OECD:n laatuindikaattorit Suomessa -raporttia (THL Raportteja 54, 2012). Ennen raportin julkaisemista tulokset annettiin kaikkien sairaanhoitopiirien tarkasteltavaksi ja

<sup>3</sup> OECD Health at a Glance 2013.

<sup>4</sup> Drosler SE. Facilitating cross-national comparisons of indicators for patient safety at the health system level in the OECD countries. OECD Health Technical Papers no. 19, 2008. s. 7-17.  
<http://www.oecd.org/dataoecd/24/48/40401929.pdf>.

kommentoitavaksi. Sairaanhoidopiireiltä saatiin palautetta sairaanhoidopiirien hoitoilmoitusrekisteriin toimittaman tiedon laadun vaihtelusta, erityisesti kirjausten puuttumisesta. Muutamien osoittimien osalta OECD-aineistoista ei nähty tarkoituksenmukaiseksi tuottaa sairaanhoidopiiritasoisia tietoja, koska oli tiedossa, että samasta asiasta julkaistaan säännöllisesti sairaanhoidopiirikohtaista tietoa toisaalla tai koska tapahtumien määrä Suomessa on liian pieni alueelliseen vertailuun. Yleisesti tiedetään, että rekistereihin kertyvään tietoon vaikuttavat kirjaamisen tapa ja täsmällisyys sekä tiedonkeruun ja käsittelyn menetelmät. Laatuosoittimien rakentamisessa tarvittavia tilastotietoja saadaan pääosin vain sairaaloiden tai erikoissairaanhoidon toiminnasta, vaikka niistä tehdään johtopäätelmiä, jotka koskevat myös perusterveydenhuollon toimintaa.

### **Tietojen ajantasaisuus ja oikea-aikaisuus**

Tilastoraportissa käytetyt kansainväliset OECD-indikaattoritiedot on julkaistu OECD:n *Health at a Glance 2013* -julkaisussa, joka on saatavilla OECD:n verkkosivuilta<sup>5</sup>. Kansainväliset luvut eri maista koskevat vuotta 2011 tai sitä lähinnä olevaa saatavilla olevaa vuotta. Suomen tiedot tämän tilastoraportin aikasarjoissa koskevat tiedonkeruuvuosia 2006–2012. Sairaanhoidopiirejä koskevat tiedot ovat vuoden 2012 toimintaa koskevia tietoja. Yhdistetyt sairaanhoidopiirikohtaiset osoittimet on tehty vuosien 2008–2012 aineistosta. Suomen osalta vuoden 2012 tiedot ovat tuoreimmat koko toimintavuotta koskevat saatavilla olevat tiedot.

### **Tietojen saatavuus ja läpinäkyvyys**

OECD on julkaissut laatuindikaattoritietoja kahden vuoden välein vuodesta 2007 alkaen. Suomen tiedot on kerätty OECD:n tiedonkeruumanuaaleja hyödyntäen kansallisista terveydenhuollon henkilökistereistä, jonne terveydenhuollon palvelujen tuottajat toimittavat tiedot vuosittain annettujen tiedonkeruuohjeiden mukaan. Hoitoilmoituksen tiedonkeruuohjeet ovat julkisesti saatavilla THL:n verkkosivuilla. Suomen kansalliset OECD-laatuosoitintiedot julkaistiin ensimmäisen kerran tutkimusraportin yhteydessä<sup>6</sup> (THL Raportteja 54, 2012). Julkaisun valmistelun yhteydessä oli todettavissa, että osoitintieto on mahdollista siirtää osaksi tilastotuotantoa. Tämä tilastoraportti on ensimmäinen kerta kun tiedot julkaistaan tilastoraporttina. Tarkoituksena on julkaista vastaava tilastoraportti jatkossa kahden vuoden välein siten että OECD:tä varten laadittavien tietojen yhteydessä valmistellaan myös kansallisen raportin tiedot.

### **Tilastojen vertailukelpoisuus**

OECD:n terveydenhuollon laatuosoittimia koskevat tilastot ovat uusia, eivätkä ne ole vielä vakiintunutta tietovarantoa, jonka vertailukelpoisuus on pitkällä aikavälillä varmistettu. Kansainväliset eri maita koskevat tiedot eivät varmuudella ole vertailukelpoisia, vaan antavat ainoastaan viitteen mahdollisista maiden välisistä eroista. Esimerkiksi Suomessa erikoissairaanhoidon annetaan sairaanhoidopiirien sairaaloiden lisäksi perusterveydenhuoltoon sijoitetuilla erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla. Sivudiagnoosien kirjaamisen määrässä on maiden välillä eroja. Suomen alueelliset luvut on kaikista sairaanhoidopiireistä tuotettu yhdenmukaisesti. Vertailukelpoisuuteen voivat kuitenkin vaikuttaa kirjaamistavan erilaisuus ja puutteet.

---

<sup>5</sup> [www.oecd.org/els/health-systems/health-at-a-glance.htm](http://www.oecd.org/els/health-systems/health-at-a-glance.htm).

<sup>6</sup> Gissler M, Hämäläinen P, Jääskeläinen M, Larivaara M, Punto T, Rasilainen J, Vuori A: Sairastavuustilastoinnin kehittäminen ja OECD:n laatuindikaattorit Suomessa. THL Raportti 2012: 54.

## **Selkeys ja eheys/yhtenäisyys**

Suomea koko maana kuvaavissa luvuissa on laskettu mukaan myös ne tapaukset, joilla kotikunta on tuntematon tai ulkomaat. Sairaanhoidopiirien tilannetta kuvaavissa luvuissa ovat mukana vain tapaukset, jotka on rekistereissä merkitty kyseisen sairaanhoidopiirin väestöksi.

## **Vuonna 2014 julkaistavaa tilastoa koskevat erityiskysymykset**

Tilastoraportti tuotetaan nyt ensimmäisen kerran. Yksittäisiin indikaattoreihin liittyviä erityiskysymyksiä on kirjattu indikaattoreita kuvaavaan liitteeseen 1.

**Kuvaus OECD:n terveydenhuollon laatuindikaattoreista ja osoitinkohtaisia näkökohtia osoittimiin.**

*Laatuindikaattoreiden nimien jälkeiset viitteet kertovat siitä, missä OECD:n ja/tai THL:n raportissa on julkaistu indikaattoria koskevia lukuja.*

### **OECD:n TERVEYDENHUOLLON LAATUINDIKAATTORI, TARTUNTATAUDIT**

- **Hinkuyskärokotuksen kattavuus kaksivuotiailla, %** (Vaccination rates for pertussis, children aged 2),<sup>1, 2, 3</sup>
- **Hinkuyskä-, kurkkumätä- ja jäykkäkouristusrokotusten kattavuus kaksivuotiailla, %** (Vaccination rates for pertussis, diphtheria and tetanus, children aged 2),<sup>4</sup>
- **Tuhkarokkorokotuksen kattavuus kaksivuotiailla, %** (Vaccination rates for measles, children aged 2)<sup>1, 2, 3, 4</sup>
- **Hepatiitti B -rokotuksen kattavuus kaksivuotiailla, %** (Vaccination rates for hepatitis B, children aged 2)<sup>2, 3, 4</sup>
- **Hinkuyskän väestöön suhteutettu ilmaantuvuus 100 000 asukasta kohti (Incidence of Pertussis)**<sup>1</sup>
- **Tuhkarokon väestöön suhteutettu ilmaantuvuus 100 000 asukasta kohti (Incidence of Measels)**<sup>1</sup>
- **Hepatiitti B:n väestöön suhteutettu ilmaantuvuus 100 000 asukasta kohti (Incidence of Hepatitis B)**<sup>2</sup>
- **Influenssarokotusten kattavuus 65 vuotta täyttäneillä, %** (Influenza vaccination coverage, population aged 65 and over)<sup>1, 3, 4</sup>

*Kuvaus valintaperusteista ja näkökulmasta, josta palvelujärjestelmän toimintaa seurataan ja muuta lisätietoa osoittimesta sekä indikaattorien luotettavuuteen liittyviä näkökohtia*

Osoittimet kuvaavat tartuntatautien torjunnan ja kansallisen rokotusohjelman onnistumista. Suomessa hinkuyskä, kurkkumätä, jäykkäkouristus ja tuhkarokko ovat mukana kansallisessa rokotusohjelmassa. Hepatiitti B -rokotus annetaan vain riskiryhmille, eikä Suomi ole toimittanut OECD:lle tämän rokotuksen kattavuustietoja, koska luotettavaa tietoa ei ole ollut olemassa. Tartuntatautirekisteristä saadaan tiedot sinne raportoiduista lasten rokotusohjelmassa mukana olevien sairauksien tautitapauksista. Tiedot lasten rokotuskattavuudesta on saatu erilliskyselyin, mutta vuodesta 2014 alkaen tiedot saadaan AvoHILMO-rekisterin tiedonkeruun kautta. Kyselyin kerätyistä rokotustiedoista ollaan siirtymässä jatkuvaan tiedonkeruuseen perusterveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteristä (AvoHILMO). Tämän jälkeen tullaan saamaan myös alueellista tietoa. Ilmaantuvuusluvut tartuntatautirekisteristä on todettu luotettaviksi.

Vanhusten influenssarokotusten kattavuus kuvaa tartuntatautien torjunnan ja kansallisen rokotusohjelman onnistumista ikääntyvän väestön hyvinvoinnin näkökulmasta. Influenssat lisäävät kuolleisuutta ja sairaalapalvelujen käyttöä sekä voivat yleiskunnon romahtamisen vuoksi edistää laitostumista. Rokotusten tiedetään vähentävän sairastumisia seurannaisvaikutuksineen. Tämänkin tiedon osalta ollaan siirtymässä jatkuvaan tiedonkeruuseen perusterveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteristä (AvoHILMO).

## OECD:N TERVEYDENHUOLLON LAATUINDIKAATTORIT, DIABETES

- **Sairaalahoitoon johtaneet diabeteksen lyhytaikaiset komplikaatiot 15 vuotta täyttäneillä, 100 000 asukasta kohti** (Diabetes short-term complications admission rate)<sup>2, 5, 6</sup>
- **Sairaalahoitoon johtaneet diabeteksen pitkäaikaiset komplikaatiot 15 vuotta täyttäneillä sairaanhoitopiireittäin 100 000 asukasta kohti** (Diabetes long-term complications admission rate)<sup>5, 6</sup>
- **Ikä- ja sukupuolivakioitu 15 vuotta täyttäneiden komplisoitumattomien diabetestapausten vuodeosastohoito 100 000 asukasta kohti** (Uncontrolled diabetes admission rate)<sup>3, 4, 5, 7</sup>
- **Diabetespotilaiden alaraaja-amputaatioiden määrä 100 000 asukasta kohti** (Diabetes lower extremity amputation rate)<sup>2, 5</sup>
- **Diabeetikon vuosittainen silmänpohjien tarkastus 100 000 asukasta kohti** (Annual retinal exam for diabetics)<sup>1</sup>

*Kuvaus valintaperusteista ja näkökulmasta, josta palvelujärjestelmän toimintaa seurataan ja muuta lisätietoa osoittimesta sekä indikaattorien luotettavuuteen liittyviä näkökohtia*

Diabeteksen puhkeamista voidaan ehkäistä terveellisin elintavoin. Hyvällä hoitotasapainolla voidaan ehkäistä sairauden komplikaatioita. Toimivalla perusterveydenhuollolla on selvä rooli terveyden edistämisessä ja hoitotasapainon hallinnassa. Osoittimilla tarkastellaan erikseen kykyä edistää hyvää välitöntä hoitotasapainoa ja pidemmän aikavälin hoitotasapainoa. Välittömiksi komplikaatioiksi luetaan vuodeosaston hoitojaksot, joiden päädiagnoosi on diabetekseen liittyvä hyperglykemia, ketoasidoosi tai kooma. Pitkän aikavälin komplikaatioiden syntymistä tarkastellaan erikseen. Tarkastelussa ovat mukana kaikki hoitojaksot, joissa päädiagnoosi on muu kuin em. akuutti diabeteksen komplikaatio (munuainen, silmä, verenkiertoelimistö jne.). Alaraaja-amputaatioiden määrän kehitystä on tarkasteltu myös erikseen. Vuodeosastohoitojaksot diabeteksen vuoksi mittaa komplisoitumattoman diabeteksen hoitoa sairaalan vuodeosastolla. Diabeetikon silmänpohjatarkastus kuvaa suunnitelmallisen diabetespotilaan hoidon onnistumista. Osoittimina käytetään sairaalan hoitoilmoitusrekisteriin kirjattuja vuodeosaston diabeteshoitojaksoja 15 vuotta täyttäneillä suhteutettuna 100 000 asukkaaseen. Luvut on vakioitu OECD:n vuoden 2010 standardiväestöön. Tietoja diabeetikon silmänpohjatarkastuksista ei ole Suomessa saatavilla.

Tiedot päädiagnoosista ja komplikaatioista saadaan hoitoilmoitusrekisteristä. Kirjaamistavoissa voi olla lääkäri- ja organisaatiokohtaisia eroja. OECD:n diabeteksen laatuosoittimet muodostetaan käyttäen diabeteksen diagnoosikoodeja erottelematta ykkös- ja kakkostyyppin diabetesta. Suomessa ykköstyyppin diabetes, joka herkemmin johtaa sairaalahoitoon, on yleisempi kuin monissa muissa maissa, mikä tulee huomioida kansainvälisessä vertailussa. Toisaalta hyvin hoidettu ykköstyyppin diabeteskaan ei johda vuodeosastohoitoihin. Alaraaja-amputaatioiden tarkastelussa ongelmana on ollut luotettavasti määritellä minkä korkeuden amputaatiot otetaan osoittimeen mukaan. Diabeetikon silmänpohjatarkastusten tekemisestä ei Suomessa saada nykyisistä tilastojärjestelmistä tietoja. Perusterveydenhuollon avohoidon tilastouudistus voi parhaimmillaan muuttaa tilannetta.



## OECD:N TERVEYDENHUOLLON LAATUINDIKAATTORIT, SYDÄN- JA VERISUONITAUDIT

- **Potilaskohtainen 30 päivän kuolleisuus sydäninfarktiin** (*Patient-based AMI 30 day, in-hospital and out of hospital, mortality rate*)<sup>3, 4, 5</sup>
- **Hoitojaksokohtainen 30 päivän kuolleisuus sydäninfarktiin samassa sairaalassa** (*Admission-based AMI 30 day in-hospital mortality rate*)<sup>1, 2, 3, 4, 5</sup>
- **Potilaskohtainen 30 päivän kuolleisuus iskeemiseen aivohalvaukseen** (*Patient-based ischemic stroke 30 day (in-hospital and out of hospital) mortality rate*)<sup>4, 5</sup>
- **Hoitojaksokohtainen 30 päivän kuolleisuus iskeemiseen aivohalvaukseen samassa sairaalassa** (*Admission-based ischemic stroke 30 day in-hospital mortality rate*)<sup>1, 2, 3, 4, 5</sup>
- **Potilaskohtainen 30 päivän kuolleisuus verenvuotoisessa aivohalvauksessa** (*Patient-based hemorrhagic stroke 30 day (in-hospital and out of hospital) mortality rate*)<sup>5</sup>
- **Hoitojaksokohtainen 30 päivän kuolleisuus verenvuotoiseen aivohalvaukseen samassa sairaalassa** (*Admission-based hemorrhagic stroke 30 day in-hospital mortality rate*)<sup>1, 2, 3, 5</sup>
- **Sydämen vajaatoiminnan vuoksi tapahtuneiden vuodeosastohoitojaksojen määrä 100 000 asukasta kohti** (*CHF admission rate*)<sup>2, 5, 6, 7</sup>
- **Verenpainetaudin vuoksi toteutetut vuodeosastohoitojaksot 100 000 asukasta kohti** (*Hypertension admission rate*)<sup>2, 7, 6</sup>

*Kuvaus valintaperusteista ja näkökulmasta, josta palvelujärjestelmän toimintaa seurataan ja muuta lisätietoa osoittimesta sekä indikaattorien luotettavuuteen liittyviä näkökohtia*

Hoidon onnistumiseen liittyy sepelvaltimotautipotilaiden hyvä perushoito, hoitosuositusten mukainen lääkitys, järjestelmän kyky antaa ensihoitoa kuten liuotushoitoa nopeasti sekä valmius tehdä päivystystoimenpiteitä. Käytetään useissa maissa säännönmukaiseen sairaaloiden väliseen vertaisarviointiin. Suomessa indikaattoria seurataan ja julkaistaan THL:n Perfect-hankkeessa.

Iskeemisen aivohalvauksen hoitotuloksiin vaikuttavat hyvä ja nopea ensihoito kuljetuksineen, liuotushoitoinen ja hoitoon erikoistuneet yksiköt, joihin on keskitetty osaamista. Indikaattori kuvaa erikoissairaanhoidon toiminnan laadukkuutta. Suomessa tätäkin indikaattoria seurataan THL:n Perfect-hankkeessa.

Verenvuotoisen aivohalvauksen hoidon tuloksiin vaikuttaa nopea pääsy yksikköön, johon keskitetty osaamista sekä diagnoosin nopea määrittäminen (kuvaukset ym.). Indikaattori kuvaa erikoissairaanhoidon toiminnan laadukkuutta. THL:n Perfect-hanke ei seuraa tätä indikaattoria, mutta Suomesta tuotetaan kansallisen tason luvut OECD:n julkaisemiin Health at a Glance -raportteihin ja tilastotietokantoihin.

Sydämen vajaatoimintaa koskevana indikaattorina käytetään hoitoilmoitusrekisteriin sydämeen vajaatoiminnan päädiagnoosilla kirjattuja vuodeosaston hoitojaksoja 15 vuotta täyttäneillä suhteutettuna 100 000 asukkaaseen. Luku on vakioitu OECD:n vuoden 2010 standardiväestöön. Tiedot saadaan hoitoilmoitusrekisteristä. Ilmiö on yleinen ja kirjaamisen voidaan arvioida olevan luotettavaa.

Verenpainetaudin hoitoon liittyvänä osoittimena käytetään hoitoilmoitusrekisteriin verenpainetaudin päädiagnoosilla kirjattuja vuodeosaston hoitojaksoja 15 vuotta täyttäneillä suhteutettuna 100 000 asukkaaseen. Luku on vakioitu OECD:n vuoden 2010 standardiväestöön. Tiedot saadaan hoitoilmoitusrekisteristä. Kirjaamiskäytäntöjen eroja eri sairaanhoitopiirien välillä ei ole arvioitu. Ensisijaisen ja sekundaarisen diagnoosin kirjaamiskäytännöissä voi olla vaihtelua.

## OECD:N TERVEYDENHUOLLON LAATUINDIKAATTORIT, HENGITYSELINSAIRAUDET

- **Astmakuolleisuus 100 000 asukasta kohti, 5–39 –vuotiaat** (*Asthma mortality rate, age 5-39*)<sup>1, 6, 7</sup>
- **Astman vuoksi tapahtuneiden vuodeosastohoitajaksojen määrä 100 000 asukasta kohti** (*Asthma admission rate*)<sup>1, 2, 3, 4, 5, 6, 7</sup>
- **Keuhkohtaumataudin vuoksi tapahtuneiden vuodeosastohoitajaksojen määrä 100 000 asukasta kohti** (*COPD admission rate*)<sup>2, 3, 4, 5, 6, 7</sup>

*Kuvaus valintaperusteista ja näkökulmasta, josta palvelujärjestelmän toimintaa seurataan ja muuta lisätietoa osoittimesta sekä indikaattorien luotettavuuteen liittyviä näkökohtia*

Hyvässä hoidossa olevassa astmassa ei esiinny sellaisia henkeä uhkaavia astmakohtauksia, joita ei kyettäisi lääketieteellisellä asianmukaisella hoidolla hallitsemaan henkilöillä, joilla ei ole vaikeita perussairauksia. Vaikeat perussairaudet ovat 5–39 -vuotiailla harvinaisia, eikä tässä ikäryhmässä pitäisi tapahtua astmakuolemia. Tiedot astmakuolleisuudesta saadaan Tilastokeskuksen kuolemansyysaineistosta, joka voidaan arvioida luotettaviksi. Ilmiö on Suomessa niin harvinainen, ettei osoitinta voida käyttää alueelliseen vertailuun.

Astma on sairaus, jossa hoidon hyvällä hallinnalla perusterveydenhuollossa kyetään estämään sellaiset taudin pahenemisvaiheet, jotka vaativat sairaalan vuodeosastohoidoa. Osoittimenä käytetään hoitoilmoitusrekisteriin kirjattuja vuodeosastolla hoidettuja astmatapauksia 15 vuotta täyttäneillä suhteutettuna 100 000 asukkaaseen. Luku on vakioitu OECD:n vuoden 2010 standardiväestöön. Hoitoilmoitusrekisterikirjauksissa voi olla astman ja keuhkohtaumataudin erottamisen suhteen epätarkkuutta, johon voi osaltaan vaikuttaa se, että sairauksien lääkekorvausperusteissa on eroja.

Keuhkohtaumatauti on sairaus, jonka syntyminen voidaan estää tupakointi lopettamalla ja muuttumien vaikeaksi estää varhaisella toteamisella ja tupakasta vieroituksella. Hoidon hyvällä hallinnalla perusterveydenhuollossa kyetään estämään vaikeammassakin tautitilassa pahenemisvaiheita, jotka vaativat sairaalahoitoa. Osoittimenä käytetään hoitoilmoitusrekisteriin kirjattuja vuodeosastohoidoa saaneita keuhkohtaumatapauksia 15 vuotta täyttäneillä suhteutettuna 100 000 asukkaaseen. Luku on vakioitu OECD:n vuoden 2010 standardiväestöön. Hoitoilmoitusrekisterikirjauksissa mahdollisesti olevat astman ja keuhkohtaumataudin diagnoosien väliset epätarkkuudet voivat vaikuttaa myös keuhkohtaumatauti kuvaavan indikaattorin luotettavuuteen.

## OECD:N TERVEYDENHUOLLON LAATUINDIKAATTORIT, MIELENTERVEYS

- **Skitsofrenian vuoksi hoidetun potilaan suunnitteleman vuodeosastohoidon uusiutuminen 30 päivän kuluessa, % kotiutetuista, sama sairaala** (*Unplanned schizophrenia, same hospital, re-admission rate*)<sup>2, 3, 4, 5, 6, 7</sup>
- **Skitsofrenian vuoksi hoidetun potilaan suunnitteleman vuodeosastohoidon uusiutuminen 30 päivän kuluessa, % kotiutetuista, mikä tahansa sairaala** (*Unplanned schizophrenia, any hospital, re-admission rate*)<sup>6, 7</sup>
- **Kaksisuuntaisen mielialahäiriön vuoksi hoidetun potilaan suunnitteleman vuodeosastohoidon uusiutuminen 30 päivän kuluessa, % kotiutetuista, sama sairaala** (*Unplanned bipolar disorder, same hospital, re-admission rate*)<sup>2, 3, 4, 5, 6, 7</sup>
- **Kaksisuuntaisen mielialahäiriön vuoksi hoidetun potilaan suunnitteleman vuodeosastohoidon uusiutuminen 30 päivän kuluessa, % kotiutetuista, mikä tahansa sairaala** (*Unplanned bipolar disorder, any hospital, re-admission rate*)<sup>6, 7</sup>

- **Skitsofreniapotilaiden ylikuolleisuus** (*Excess mortality from schizophrenia*)<sup>4, 5</sup>
- **Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien ylikuolleisuus** (*Excess mortality from bipolar disorders*)<sup>4, 5</sup>
- **Itsemurha vuodeosastohoitojaksolla, skitsofreniapotilaat tai kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat, % hoidetuista** (*Inpatient suicides among patients diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder*)<sup>5</sup>
- **Itsemurha vuodeosastohoitojaksolla, mielialahäiriötä sairastavat, % hoidetuista** (*Inpatient suicides among patients diagnosed with mental disorders*)<sup>5</sup>
- **Itsemurha vuodeosastohoitojakson jälkeen, kaikki mielenterveyden häiriöihin liittyvät diagnoosit, % hoidetuista** (*Deaths after discharge from suicide among patients diagnosed with mental disorders*)<sup>5</sup>
- **Itsemurha vuodeosastohoitojakson jälkeen, skitsofreniapotilaat ja/tai kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat, % hoidetuista** (*Deaths after discharge from suicide among patients diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder*)<sup>5</sup>

*Kuvaus valintaperusteista ja näkökulmasta, josta palvelujärjestelmän toimintaa seurataan ja muuta lisätietoa osoittimesta sekä indikaattorien luotettavuuteen liittyviä näkökohtia*

Onnistunut vuodeosastohoitojakso ja sen jälkeisen hoidon ja muun potilaan tarvitseman tuen onnistunut organisoiminen vähentää riskiä joutua uudestaan sairaalaan. OECD mittaa paluuta samaan sairaalaan, josta potilas kotiutui, koska monissa maissa ei kyetä yhdistämään eri sairaaloissa hoidettujen potilaiden tietoja. Suomessa tämäkin luku kyetään tuottamaan. Tiedot saadaan hoitoilmoitusrekisteristä. Sairaanhoitopiirien välisten erojen tarkastelussa on tapausten määrä pieni, mistä syystä tilastoilla osoitettavia eroja luvuissa on vaikea osoittaa. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitoa kuvaava luku perustuu samaan näkemykseen hoidon laadusta ja se tuotetaan samalla tavalla.

Ylikuolleisuutta kuvaava indikaattori muodostetaan jakamalla skitsofrenia-diagnoosin saaneiden 15–74-vuotiaiden tilastovuonna kuolleiden määrä koko väestön vastaavan ikäryhmän kuolleisuudella. Luku muodostetaan kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien osalta samalla tavalla. Tiedot saadaan hoitoilmoitusrekisteristä ja Tilastokeskuksen kuolemansyyaineistosta. Ei ole varmistettu miten hyvin rekisteritieto löytää kaikki tilastovuonna kuolleet, jotka ovat saaneet skitsofrenia- tai kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosin. Lukujen muodostamisessa käydään keskustelua siitä, kuinka monen tilastovuoden takaa pitäisi tilastovuonna kuolleille hakea hoitoilmoitusrekisteristä näitä diagnooseja.

OECD:n tilastotietokantoihin on toimitettu edellä kuvattujen tietojen lisäksi tietoja mielenterveyspotilaiden itsemurhista. Tapausmäärät ovat Suomessa liian pieniä aluetason indikaattoritarkasteluun.

- **Synnytyksen aikaiset 3. tai 4. asteen repeämät spontaanissa alatiesynnytyksessä, %**  
(Obstetric trauma vaginal delivery without instrument)<sup>3, 4, 5, 6, 7</sup>
- **Synnytyksen aikaiset 3. tai 4. asteen repeämät imukuppi- tai pihtisynnytyksessä, %**  
(Obstetric trauma vaginal delivery with instrument)<sup>3, 4, 5, 6, 7</sup>
- **Toimenpiteen yhteydessä kehoon jäänyt vierasesine 100 000 sairaasta poistoa kohti**  
(Foreign body left during procedure)<sup>3, 4, 5, 7</sup>
- **Katetrointiin liittyvä verenkierron infektio 100 000 sairaasta poistoa kohti** (Catheter-related bloodstream infections)<sup>6</sup>
- **Toimenpiteen jälkeinen keuhkoembolia tai laskimotromboosi 100 000 vuodeosastohoitojaksoa kohti** (Post-operative pulmonary embolism or deep vein thrombosis)<sup>3, 4, 5, 7</sup>
- **Toimenpiteen jälkeinen keuhkoembolia tai laskimotromboosi 100 000 vuodeosastohoitojaksoa kohti polven ja lonkan tekonivelkirurgialla hoidetuilla potilailla** (Post-operative pulmonary embolism or deep vein thrombosis, hip and knee replacement)<sup>4, 5</sup>
- **Toimenpiteen jälkeinen verenmyrkytys (sepsis) 100 000 vuodeosastohoitojaksoa kohti** (Post-operative sepsis)<sup>3, 5, 6, 7</sup>
- **Toimenpiteen jälkeinen verenmyrkytys (sepsis) 100 000 vuodeosastohoitojaksoa kohti. vatsan alueen kirurgisella toimenpiteellä hoidetut potilaat** (Post-operative sepsis, abdominal surgery)<sup>4, 5</sup>
- **Toimenpiteen yhteydessä syntynyt tapaturmainen pistohaava tai laseraatio 100 000 toimenpidettä kohti** (Accidental puncture or laceration)<sup>3, 6, 7</sup>
- **Toimenpiteen jälkeinen leikkaushaavan aukeaminen** (Post-operative wound dehiscence)<sup>5</sup>
- **Lonkkamurtuman jälkeen leikkaus yli 48 tunnin sisällä sairaalaan saapumisesta** (Hip fracture surgery initiated within 48 hours after admission to the hospital)<sup>5</sup>

*Kuvaus valintaperusteista ja näkökulmasta, josta palvelujärjestelmän toimintaa seurataan ja muuta lisätietoa osoittimesta sekä indikaattorien luotettavuuteen liittyviä näkökohtia*

Synnytyksen aikainen kolmannen tai neljännen asteen repeämä emättimessä on tapahtuma, joista useat voidaan estää synnytyksen suunnittelulla ja laadukkailla toiminnalla synnytyksen aikana. Luku on osuus (%) ilman instrumentin käyttöä avustetuista alatiesynnytyksistä, joissa potilas on saanut kolmannen tai neljännen asteen emätinrepeämän. Vastaava luku on osuus (%) instrumentilla (pihdit, imukuppi) avustetuista alatiesynnytyksistä, joissa potilas on saanut kolmannen tai neljännen asteen emätinrepeämän. Tiedot saadaan syntymärekisteristä erillisestä repeämän ompelua koskevasta muuttujasta.

Vierasesineen (kuten neula, veitsen terä, tai sidostarpeet) jääminen leikkauksialueelle leikkauksen päätyttyä on tapahtuma, jollaista ei pitäisi sattua. Luku kuvaa hoitojaksoja, joiden sivudiagnoosina on kehoon jäänyt vierasesine suhteutettuna kaikkien päätyneiden hoitojaksojen määrään 15 vuotta täyttäneillä potilailla. Tiedot saadaan hoitoilmoitusrekisteristä. Kirjaamiskäytännöissä voi olla alueellisia eroja. Lukua ei vakioida, koska ilmiö ei ole sidoksissa potilaan ikään tai sukupuoleen.

Katetrointiin liittyvä verenkierron infektio kuvaa vuodeosaston hoitojaksoja, joiden sivudiagnoosina on katetrointitoimenpiteen jälkeinen infektio suhteutettuna kaikkien päätyneiden hoitojaksojen määrään 15 vuotta täyttäneillä potilailla 100 000 hoitoilmoitusrekisterin vuodeosastohoitojaksoa kohden. Luku

on ikä- ja sukupuolivakioitu. Mukana osoittimessa ovat seuraavat koodit: T80.2 Infuusion, transfuusion tai hoitotarkoituksessa annetun injektion jälkeinen infektio, T82.7 Muun sydän- ja verisuonilaitteen, -istutteen tai -siirteen aiheuttama infektio tai tulehdusreaktio ja T88.0# Immunisaation jälkeinen infektio. Indikaattoria ei tuotettu vuoden 2013 tiedonkeruun yhteydessä koska aineiston laatu ei riittänyt kansainväliseen vertailuun. Katetrointiin liittyvien toimenpiteiden kirjaamiskäytännöt vaihtelevat eikä kansainvälistä vertailua ajatellen ole olemassa kansainvälisesti standardoitua toimenpideluokitusta.

Keuhkoembolia tai laskimotromboosi-indikaattori kuvaa vuodeosaston hoitojaksoja, joiden sivudiagnoosina on toimenpiteen jälkeinen keuhkoembolia tai laskimotromboosi suhteutettuna kaikkien päättäneiden hoitojaksojen määrään 15 vuotta täyttäneillä potilailla. Luku ilmaistaan 100 000 vuodeosaston hoitojaksoa kohden. Luku on vakioitu OECD:n vuoden 2010 standardiväestöön. Tiedot saadaan hoitoilmoitusrekisteristä. Kirjaamisessa voi olla eroja. Tiedoissa ovat mukana vain ne potilaat, joilla haittatapahtuma on havaittu saman hoitojakson aikana kuin tehty toimenpide. Suomessa potilaat kotiutetaan varhain, jolloin osa tapauksista jää osoittimen tietojen ulkopuolelle. Indikaattori voidaan muodostaa myös rajaamalla tarkastelu polven ja lonkan tekonivelleikkauksiin. Tapausmäärät jäävät tuolloin liian pieniksi alueellisten indikaattorilukujen muodostamiseen Suomessa. OECD:n asiantuntijaryhmä ei ole havainnut rajatun indikaattorin olevan yleisempää parempi.

Verenmyrkytysindikaattori kuvaa vuodeosaston hoitojaksoja, joiden sivudiagnoosina on toimenpiteen jälkeinen sepsis, suhteutettuna kaikkien päättäneiden hoitojaksojen määrään 100 000 kohti 15 vuotta täyttäneillä potilailla. Luku on vakioitu OECD:n vuoden 2010 standardiväestöön. Tiedot saadaan hoitoilmoitusrekisteristä. Kirjaamisessa voi olla eroja. Tiedoissa ovat mukana vain ne potilaat, joilla haittatapahtuma on havaittu saman hoitojakson aikana kuin tehty toimenpide. Suomessa potilaat kotiutetaan varhain, jolloin osa tapauksista jää osoittimen tietojen ulkopuolelle. Indikaattori voidaan muodostaa myös rajaamalla tarkastelu vatsan alueen leikkauksiin. Tapausmäärät jäävät tuolloin liian pieniksi alueellisten indikaattorilukujen muodostamiseen Suomessa. OECD:n asiantuntijaryhmä ei ole havainnut rajatun indikaattorin olevan yleisempää parempi.

Toimenpiteen yhteydessä syntynyt tapaturmainen pistohaava tai laseraatio 100 000 toimenpidettä kohti on indikaattori, joka kuvaa vuodeosaston hoitojaksoja, joiden sivudiagnoosina on toimenpiteen yhteydessä syntynyt tapaturmainen pistohaava tai laseraatio, suhteutettuna kaikkien päättäneiden hoitojaksojen määrään 15 vuotta täyttäneillä potilailla. Luku on ikä- ja sukupuolivakioitu. Tiedot saadaan hoitoilmoitusrekisteristä. Kirjaamisessa arvioidaan olevan puutteita. Sairaanhoitopiirien välisissä eroissa kirjaamiseroilla on todennäköisesti iso merkitys.

OECD julkaisee potilasturvallisuusindikaattorina myös toimenpiteen jälkeistä leikkaushaavan aukeamista. Suomi on toimittanut kansallisen tason lukuja OECD:n tilastotietokantaan. On arvioitu että Suomessa lukuun vaikuttavat hoitoilmoitusrekisteriin kirjaamisen puutteet ja varhainen kotiuttaminen sairaalasta, eikä lukua voida pitää Suomen osalta luotettavana ennenkuin kirjaamiskäytännöt on arvioitu ja avohoidon tiedot saatu mukaan indikaattorin muodostamiseen.

## **OECD:N TERVEYDENHUOLLON LAATUINDIKAATTORIT, SYÖPÄTAUDIT**

- **Rintasyövän viiden vuoden suhteellinen elossaololuku, %** (*Breast cancer five year relative survival rate*)<sup>1, 2, 3, 4, 5</sup>
- **Rintasyövän ikävakioitu kuolleisuus 100 000 naista kohti** (*Breast cancer mortality*)<sup>2, 3, 4</sup>
- **Rintasyövän joukkotarkastuksessa (mammografia) käyneiden osuus, 50–69 -vuotiaat naiset, %** (*Mammography screening, percentage of women aged 50-69 screened*)<sup>1, 2, 3, 4, 7</sup>
- **Kohdunkaulan syövän viiden vuoden suhteellinen elossaololuku, %** (*Cervical cancer five year relative survival rate*)<sup>1, 2, 3, 4, 5</sup>
- **Kohdunkaulan syövän ikävakioitu kuolleisuus 100 000 naista kohti** (*Cervical cancer mortality*)<sup>2, 3, 4</sup>

- **Kohdunkaulan syövän joukkotarkastuksessa (papa-koe) käyneiden osuus, 20–69 -vuotiaat naiset, %** (*Cervical cancer screening, percentage women screened aged 20-69*)<sup>1, 2, 3, 4, 7</sup>
- **Paksunsuolen syövän viiden vuoden suhteellinen elossaololuku, %** (*Colorectal cancer five year relative survival rate*)<sup>1, 2, 3, 4, 5</sup>
- **Paksunsuolen syövän ikävakioitu kuolleisuus 100 000 asukasta kohden** (*Colorectal cancer mortality*)<sup>2, 3, 4</sup>

*Kuvaus valintaperusteista ja näkökulmasta, josta palvelujärjestelmän toimintaa seurataan ja muuta lisätietoa osoittimesta sekä indikaattorien luotettavuuteen liittyviä näkökohtia*

Rintasyöpää kuvaavat indikaattorit kuvaavat rintasyövän hoitoketjun toiminnan onnistumista kokonaisuudessaan: kykyä havaita tauti ajoissa, oikeita hoitomenetelmien valintoja sekä oikeaa hoidon toteutustapaa - ja aikaa sekä toiminnan resursointia. Tiedot saadaan syöpärekisteristä ja kuolemnsyyaineistosta. Suomessa syöpärekisteri julkaisee kattavasti alueellista tietoa syöpäsairauksien eloonjäämisluvusta. Nämä tiedot löytyvät syöpärekisterin verkkopalvelusta (<http://www.cancer.fi/syoparekisteri/tilastot/>).

Rintasyövän mammografiaseulontaa koskeva indikaattori perustuu näkemykseen, jonka mukaan seulonta vähentää kuolleisuutta rintasyöpään. Indikaattorilla arvioidaan seulontatoiminnan onnistumista. Tiedot saadaan syöpärekisterin yhteydessä toimivasta joukkotarkastusrekisteristä, joka arvioidaan luotettavaksi tietolähteeksi.

Kohdunkaulan syöpää kuvaavat indikaattorit kuvaavat vastaavalla tavalla tulemaa koko hoitoketjun toiminnan onnistumista kokonaisuudessaan. Tiedot saadaan syöpärekisteristä ja kuolemansyyaineistosta.

Kohdunkaulasyövän seulontaa tehdään kohdunkaulan syöpään sairastumisen ja kuolleisuuden vähentämiseksi. kohtusyöpään. Seulonta-indikaattorin avulla arvioidaan seulontatoiminnan onnistumista. Tiedot saadaan syöpärekisterin yhteydessä toimivasta joukkotarkastusrekisteristä, joka arvioidaan luotettavaksi tietolähteeksi.

Paksunsuolen syöpää koskevat osoitinluvut kuvaavat paksunsuolensyövän hoitoketjun toiminnan onnistuminen kokonaisuudessaan. Tiedot saadaan syöpärekisteristä ja kuolemansyyaineistosta. Suomessa paksunsuolen syövän seulonta on kunnille vapaaehtoista, eikä se ole vielä kansainvälisestäikään vakiintunutta, minkä takia se ei toistaiseksi ole mukana laatuosoittimissa. Syöpärekisterin julkaisee siitäkin kuitenkin jo tietoja.

**OECD:n ja THL:n raportit, joissa OECD:n laatuindikaattoritietoja on julkaistu:**

<sup>1</sup> OECD Health at a Glance 2007.

<sup>2</sup> OECD Health at a Glance 2009.

<sup>3</sup> OECD Health at a Glance 2011.

<sup>4</sup> OECD Health at a Glance 2013.

<sup>5</sup> OECD tilastot verkossa: <http://stats.oecd.org>.

<sup>6</sup> Gissler M, Hämäläinen P, Jääskeläinen M, Larivaara M, Punto T, Rasilainen J, Vuori A:  
Sairastavuustilastoinnin kehittäminen ja OECD:n laatuindikaattorit Suomessa. THL Raportti 2012: 54.

<sup>7</sup> THL, OECD:n terveydenhuollon laatuindikaattorit Suomessa 2011–2012, Tilastoraportti ~~66~~2014.

# OECD:s kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvården i Finland 2011–2012

22.8.2014

Finlands hälso- och sjukvård klarar sig relativt bra, då den granskas med OECD:s kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvården. De kvalitetsindikatorer som utvecklats av OECD används för att göra tidsserieanalyser av ändringar i servicesystemen eller för att jämföra olika servicesystem sinsemellan.

Erfarenheterna av granskning på regional nivå är få. Det finns tal enligt sjukvårdsdistrikt för 15 indikatorer och indikatorerna för cancerscreening. Sjukvårdsdistriktens inbördes placering varierar stort enligt indikator. Alla hade ett värde som låg över det nationella snittet åtminstone vad gäller tre indikatorer. Inte ett enda hade ett tal som låg över det nationella snittet vad gäller alla indikatorer. Mellersta Finlands (11/15) och Kymmenedalens (13/15) sjukvårdsdistrikt nådde de bästa placeringarna.

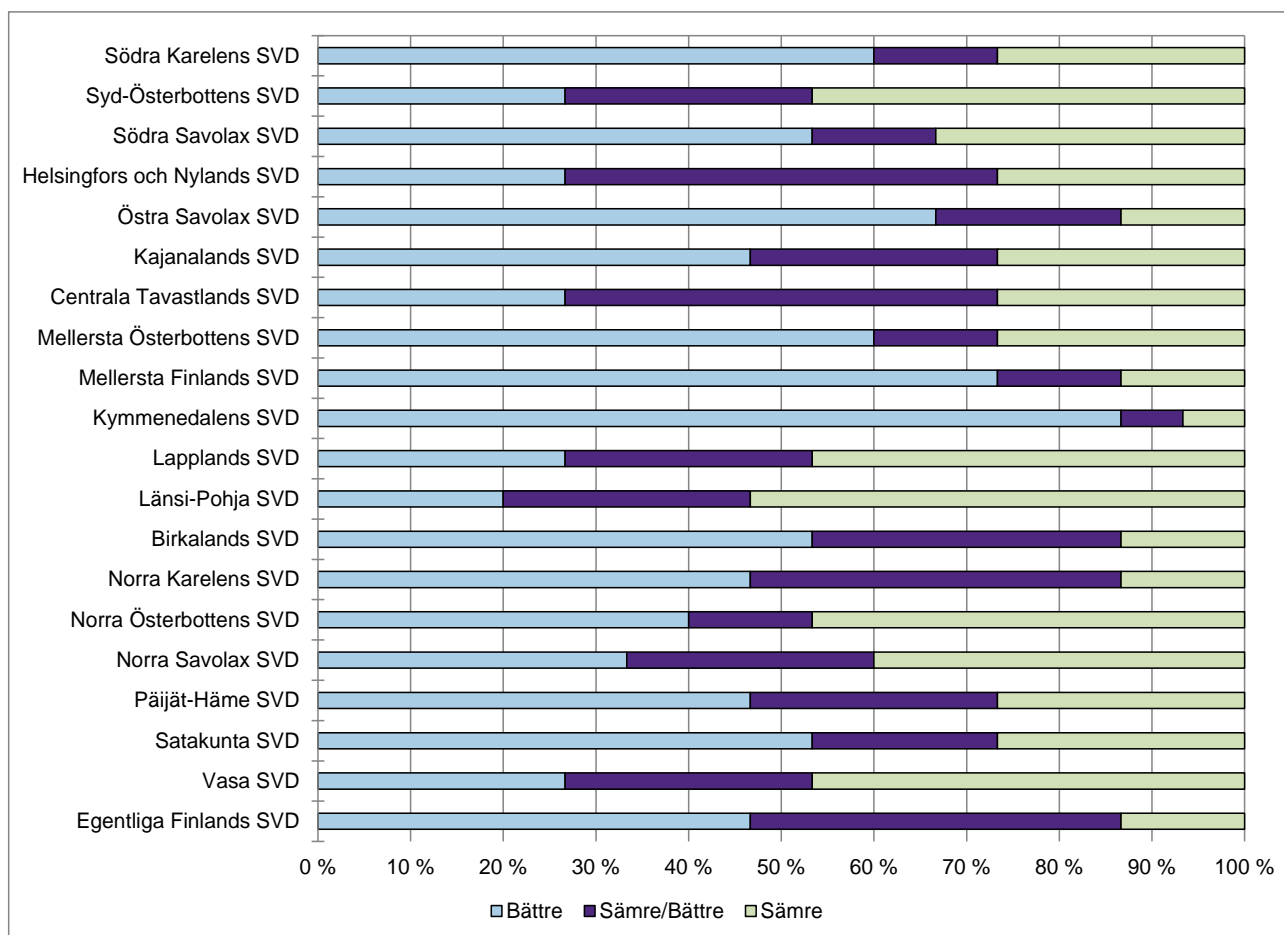
På nationell nivå ligger de finländska talen över snittet för OECD-länderna vad gäller indikatorerna för täckningen för vaccinationsprogrammen för barn, astmadödligheten bland barn och ungdomar, antalet vårdperioder vid en bäddavdelning på grund av kronisk obstruktiv lungsjukdom, återintagning inom 30 dagar till en bäddavdelning på ett sjukhus bland personer som lider av schizofreni eller bipolär sjukdom, patientsäkerheten vid förlossningshändelser, främmande föremål som lämnat i ett operationsområde samt incidensen för postoperativ blodförgiftning.

Det finländska deltagandet i massundersökningen av livmoderhalscancer och bröstcancer är högre än snittet för OECD-länderna och den relativa femårsöverlevnaden för bröstcancer ligger också över snittet.

Finland når upp till eller ligger under OECD-snittet vad gäller täckningen för influensavaccination av äldre, antalet vårdperioder vid en bäddavdelning på grund av diabetes och astma samt vad gäller patientsäkerhetsindikatorerna för den postoperativa incidensen för lungemboli och ventrombos vid vård vid en bäddavdelning. Också den relativa överlevnaden för livmoderhalscancer ligger något under snittet.



**Diagram 1. Värden för OECD:s 15 kvalitetsindikatorer enligt sjukvårdsdistrikt i förhållande till det nationella snittet (indikatorerna i bilagetabellerna 1–3)**



Bättre = sjukvårdsdistriktets indikatorvärde låg över snittet för hela Finland.

Sämre/Bättre = sjukvårdsdistriktets indikatorvärde låg över snittet för hela Finland vad gäller det ena könet, men under snittet vad gäller det andra könet (endast indikatorer för vilka könsuppgifter meddelats).

Sämre = sjukvårdsdistriktets indikatorvärde låg under snittet för hela Finland.

## Innehållsförteckning

1. Bekämpning av smittsamma sjukdomar.....	3
2. Kroniska sjukdomar .....	4
3. Psykiska problem .....	14
4. Patientsäkerhet .....	20
4.1 Förlossningar .....	20
4.2 Kirurgiska ingrepp .....	24
5. Cancersjukdomar .....	32

### 1. Bekämpning av smittsamma sjukdomar

De indikatorer som beskriver bekämpningen av smittsamma sjukdomar anknyter till primärvårdens verksamhet, men de beskriver också i större utsträckning förmågan att organisera förebyggandet av smittsamma sjukdomar i allmänhet och främjandet av barns och åldringars hälsa särskilt. Framgången för vaccineringen mot säsongsinfluensa av personer som fyllt 65 år beskriver funktionsförmågan för den förebyggande hälso- och sjukvården. Säsongsinfluensa leder till högre dödlighet och ökad användning av hälso- och sjukvårdstjänster. I Finland ligger andelen vaccinerade (38,5 %) klart under snittet för OECD-länderna (50,2 %). Av de västeuropeiska länderna har endast Österrike och Norge en lägre vaccinationstäckning än Finland (Tabell 1). Sedan 2013 publicerar THL statistik över den regionala vaccinationstäckningen bland annat vad gäller influensavaccinationstäckningen bland personer som fyllt 65 år.<sup>1</sup>

**Tabell 1. Täckning av Influensavaccination bland personer som fyllt 65 år i utvalda OECD-länder 2011, % av åldersklassen**

	Andel av åldersklassen,%
Nederländerna	74,0 (2009)
Storbritannien	74,0
USA	66,9
Nya Zeeland	65,5
Kanada	64,4
Sverige	64,0 (2008)
Italien	62,7
Spanien	57,7

<sup>1</sup> [http://opus.thl.fi/group/rokostat/coverage/influenza\\_20132014/influ\\_shp.html](http://opus.thl.fi/group/rokostat/coverage/influenza_20132014/influ_shp.html)

Tyskland	56,1 (2009)
Frankrike	55,2
Japan	53,0 (2010)
<b>OECD-länderna</b>	<b>50,2</b>
Portugal	48,3 (2010)
Schweiz	46,0 (2010)
Danmark	45,6 (2010)
<b>Finland</b>	<b>38,5</b>
Ungern	29,9
Norge	14,1
Estland	0,9

Källa: OECD Health at a Glance 2013.

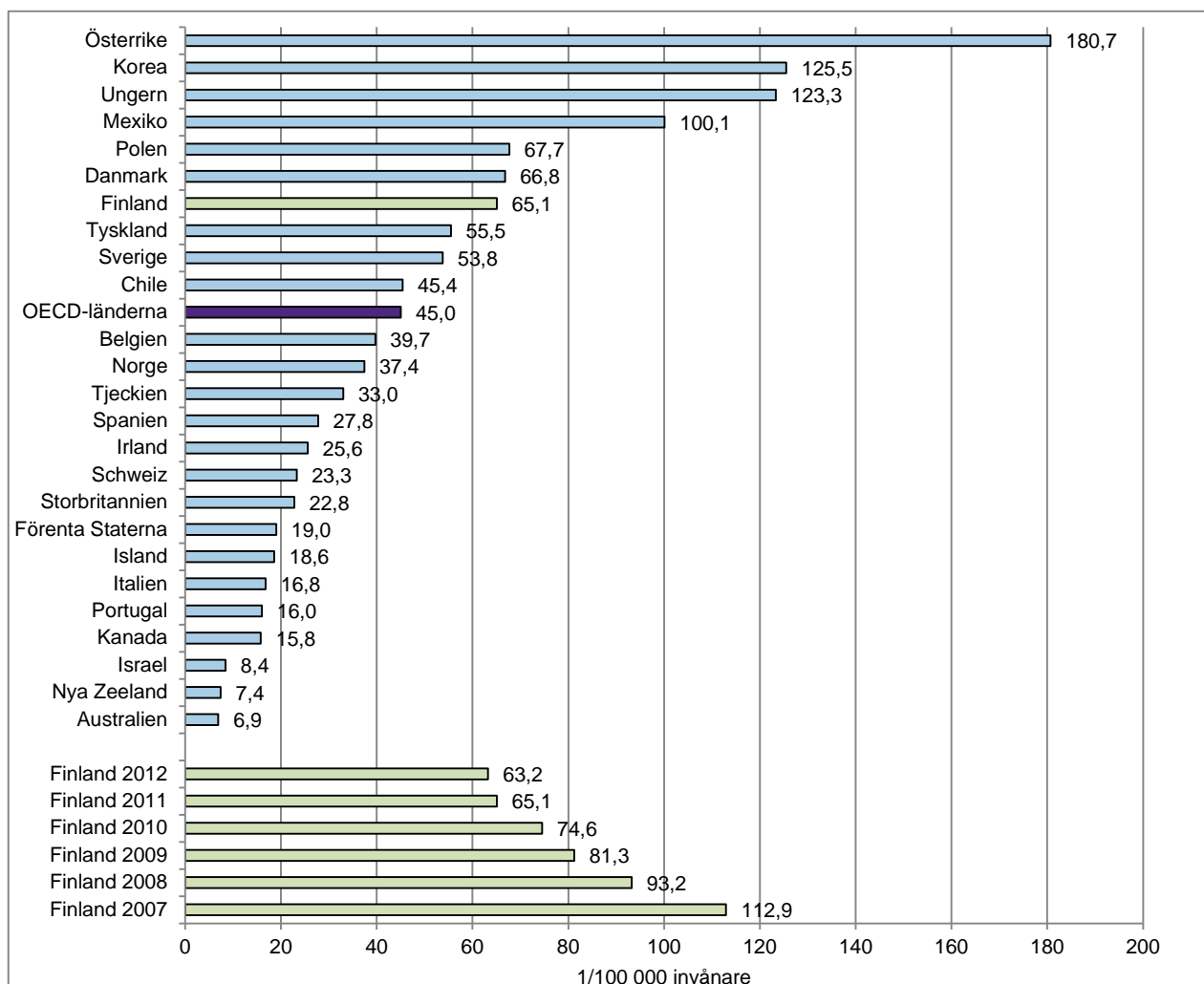
I Finland ligger deltagandet i vaccinationsprogrammet för barn fortfarande på en bra nivå. Andelen ettåriga barn som vaccinerats mot difteri, stelkramp och kikhosta av barnen i åldersgruppen samt motsvarande täckning för mässlingvaccination har inkluderats i OECD:s kvalitetsindikatorer. Täckningen för trippelvaccinationen 2011 var 99 % i Finland. Elva länder hade lika hög täckning. OECD-snittet var 96 %. Vad gäller vaccinering mot mässling ligger OECD-snittet på 94 %, medan motsvarande finländska siffra är 97 %. Även vad gäller detta vaccin ligger siffran för vårt land följaktligen över OECD-snittet, men Finland placerar sig först på en 13:e plats i en internationell jämförelse. Täckningen för hepatit B-vaccination utgör också en OECD-kvalitetsindikator, men detta vaccin ingår inte i det allmänna vaccinationsprogrammet i Finland, och motsvarande information om täckningen inte är tillgänglig. Närmare uppgifter om vaccinationstäckningen i OECD-länderna finns i OECD:s databas för hälsostatistik <sup>2</sup>. I Finland har man av tradition samlat in data med enkätundersökningar, men efter att insamlingen av vårdanmälningsdata inom primärvårdens öppenvård blivit omfattande, har man övergått till att samla in data direkt från hälsovårdscentralerna genast efter vaccineringen. Till följd av det nya sättet att samla in data är det i fortsättningen möjligt att rapportera data också på regional nivå.

## 2. Kroniska sjukdomar

Antalet vårdperioder vid en bäddavdelning för personer som fyllt 15 år med diabetes som huvuddiagnos och utan anteckningar om diabeteskomplikationer har valts som kvalitetsindikator för diabetes. I Finland ligger andelen patienter som vårdas vid en bäddavdelning på grund av diabetes lite över OECD-snittet, men antalet vårdperioder har minskat klart under åren 2007–2011 (Diagram 2). Det finns avsevärda skillnader mellan sjukvårdsdistrikten. Också könsskillnaderna är tydliga. Män tas in till en bäddavdelning oftare än kvinnor (Diagram 3). Diabetes ökar dödligheten och vården av dess komplikationer orsakar stora nationalekonomiska kostnader. Att främja levnadssätt som förebygger sjukdomen och ge bra komplikationsförebyggande vård till de insjuknade är uppgifter som i första hand ankommer på primärvården. Denna indikator beskriver en situation där glukoskontroll inte nåtts med primärvårdsåtgärder eller där ett nytt diabetesfall upptäckts först i en situation där patientens tillstånd kräver vård vid en bäddavdelning på ett sjukhus.

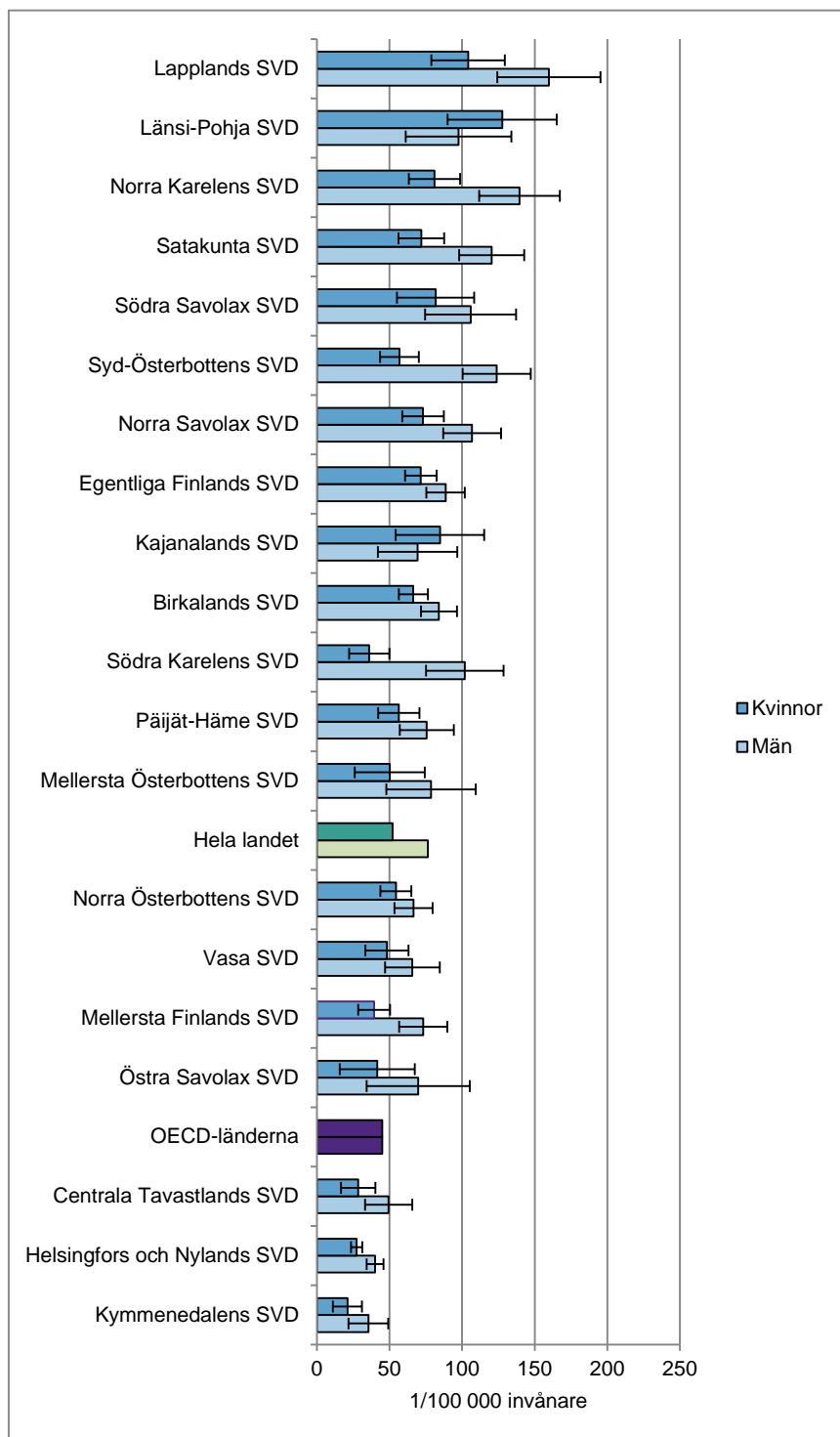
<sup>2</sup> OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

**Diagram 2. Vårdperioder för personer som fyllt 15 år vid en bäddavdelning på ett sjukhus på grund av diabetes och med diabetes som huvuddiagnos och utan anteckningar om diabeteskomplikationer per 100 000 invånare i OECD-länder 2011 och i Finland åren 2007–2012**



Källa: OECD Health at a Glance 2013.

**Diagram 3. Vårdperioder för personer som fyllt 15 år vid en bäddavdelning på ett sjukhus på grund av diabetes och med diabetes som huvuddiagnos och utan anteckningar om diabeteskomplikationer per 100 000 invånare enligt kön och sjukvårdsdistrikt 2012 och snittet för OECD-länderna 2011<sup>1)</sup>**



Källa: OECD Health at a Glance 2013.

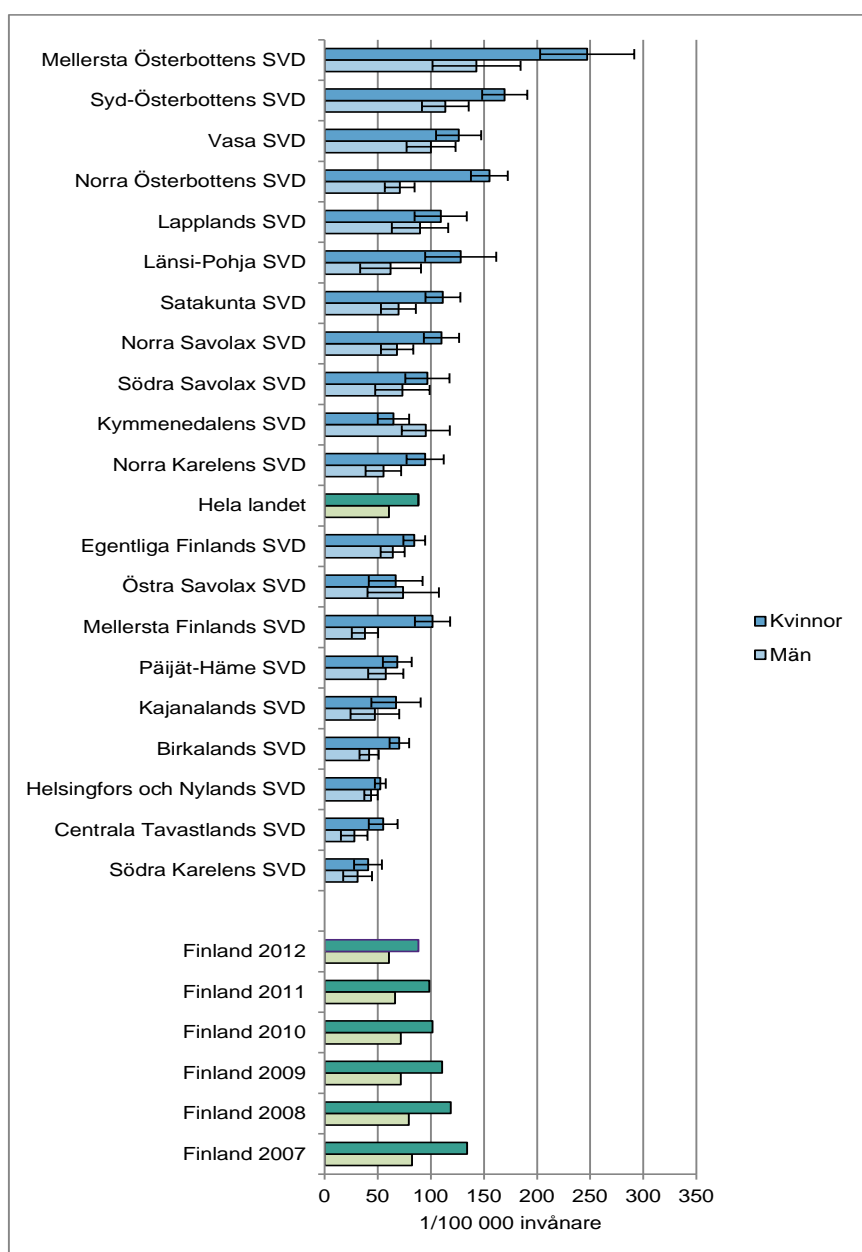
1) Ett konfidensintervall på 95 % har räknats för talen för sjukvårdsdistrikten, se begreppen.

Vård av högt blodtryck och hjärtsvikt är i regel en uppgift som ankommer på primärvården. I Finland har vården vid en bäddavdelning på ett sjukhus på grund av högt blodtryck minskat en aning under perioden 2007–2012 (Diagram 3). Det finns en del skillnader i vården av patienter med högt blodtryck mellan sjukvårdsdistrikten. Intagningen till en bäddavdelning på grund av högt blodtryck låg på en högre nivå i sjukvårdsdistrikten i Österbotten jämfört med det övriga landet (Diagram 4).

Nivån på intagning för vård till en bäddavdelning på grund av hjärtsvikt har varit väldigt jämn under tidsintervallet 2007–2012 (Diagram 5). Det finns dock skillnader mellan sjukvårdsdistrikten. Vård vid en bäddavdelning på grund av hjärtsvikt är mer utbredd i olika sjukvårdsdistrikt än vård vid en bäddavdelning på grund av högt blodtryck. (Diagram 4 och 5.) Vårdperioder vid en bäddavdelning på grund av högt blodtryck eller hjärtsvikt ingick inte som indikatorer i OECD:s Health at a Glance-rapport från 2013. Det finns internationella tal från tidigare år (OECD Health at a Glance 2011, Gissler m.fl. 2012).

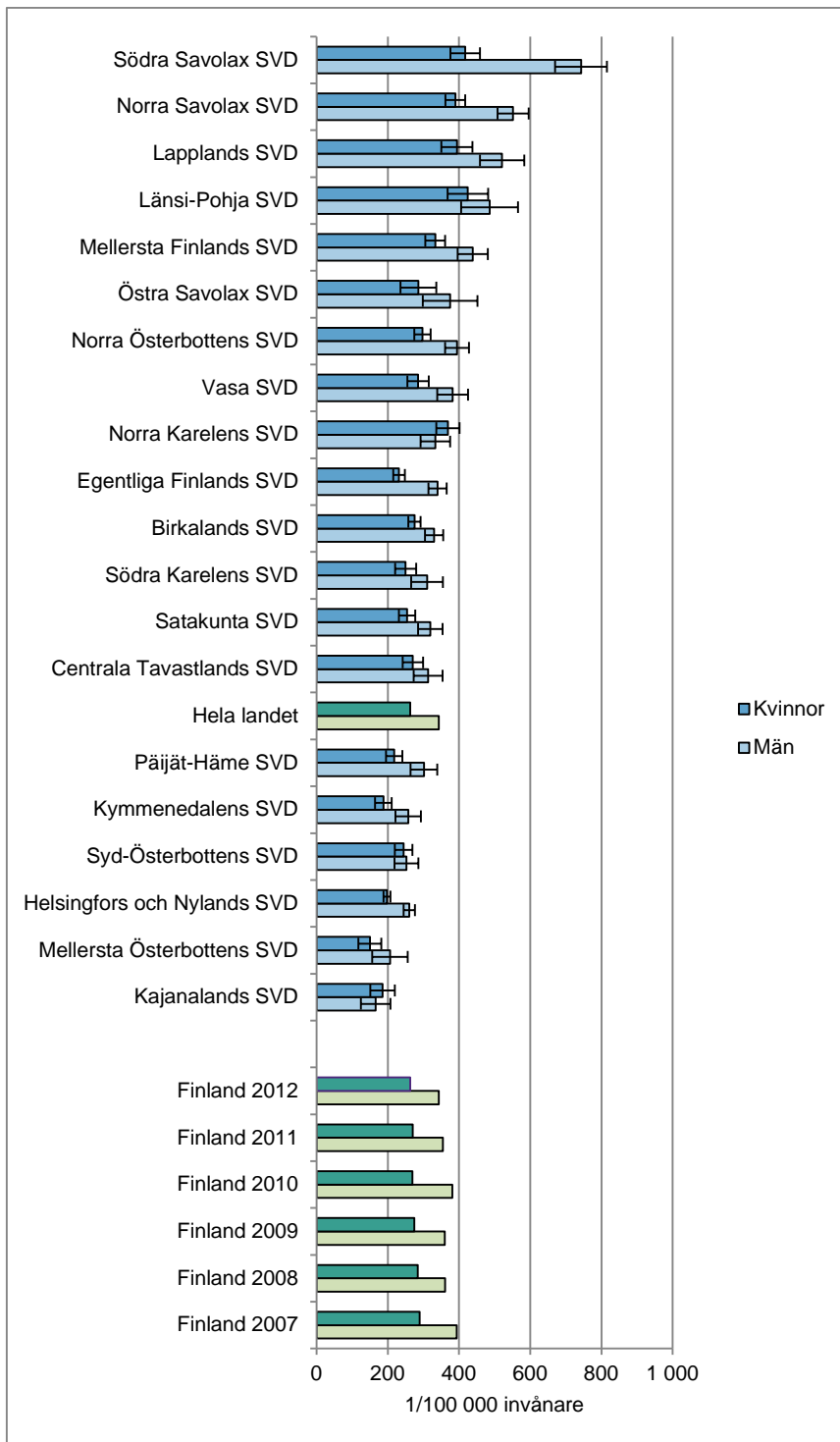
De kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvården av OECD vilka gäller dödligheten i akut hjärtinfarkt, hjärninfarkt och hemorragisk stroke anknyter också till hjärt- och blodkärslsjukdomar. De granskar servicesystemets funktion i huvudsak med tanke på den specialiserade sjukvårdens funktionsförmåga. Vad gäller hjärtinfarkt och hjärninfarkt publiceras data som jämför sjukhusen inom ramen för Perfect-programmet i Finland<sup>3</sup>.

**Diagram 4. Vårdperioder bland personer som fyllt 15 år vid en bäddavdelning på ett sjukhus på grund av högt blodtryck per 100 000 invånare enligt sjukvårdsdistrikt och kön 2012 och i Finland 2007–2012**



<sup>3</sup> [www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/perfect](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/perfect)

**Diagram 5. Vårdperioder bland personer som fyllt 15 år vid en bäddavdelning på ett sjukhus på grund av hjärtsvikt per 100 000 invånare enligt sjukvårdsdistrikt och kön 2012 och i Finland 2007–2012**



Astma är en kronisk sjukdom som kan vårdas inom primärvården på så sätt att det sällan är nödvändigt att ta in astmapatienter för vård till en bäddavdelning. I en internationell jämförelse utifrån data från 2011 ligger Finland under snittet för OECD-länderna vad gäller den indikator som beskriver vård vid en bäddavdelning på grund av astma. Indikatorn förbättrades åren 2007–2011, men indikatorn för 2012 förblev oförändrad (Diagram 6). När de regionala skillnaderna granskas ska man komma ihåg att sjukfrekvensen för astma är högst i Norra och Östra Finland, vilket syns i antalet vårdperioder vid en bäddavdelning (Diagram 7).

Astmadödligheten bland barn och ungdomar har redan länge använts som indikator för kvalitetsproblem i hälso- och sjukvården till exempel i Europeiska Unionen. I Finland är fenomenet så sällsynt att det inte kan användas som en regional mätare. OECD-snittet var 0,18 astmadödsfall per 100 000 invånare i motsvarande ålder. I Finland är astmadödsfall bland 5–39-åringar väldigt sällsynt. Under 2000-talet har sådana dödsfall inte alls inträffat under vissa år. År 2001 inträffade 6 dödsfall, i övrigt har antalet dödsfall per år legat mellan 0 och 3 åren 2001–2012 (Statistikcentralen<sup>4</sup>). Närmare om siffrorna i tabell 2.

**Tabell 2. Astmadödlighet i Finland per 100 000 invånare under åren 2000–2012 (personer i åldern 5–39, sammanlagt)**

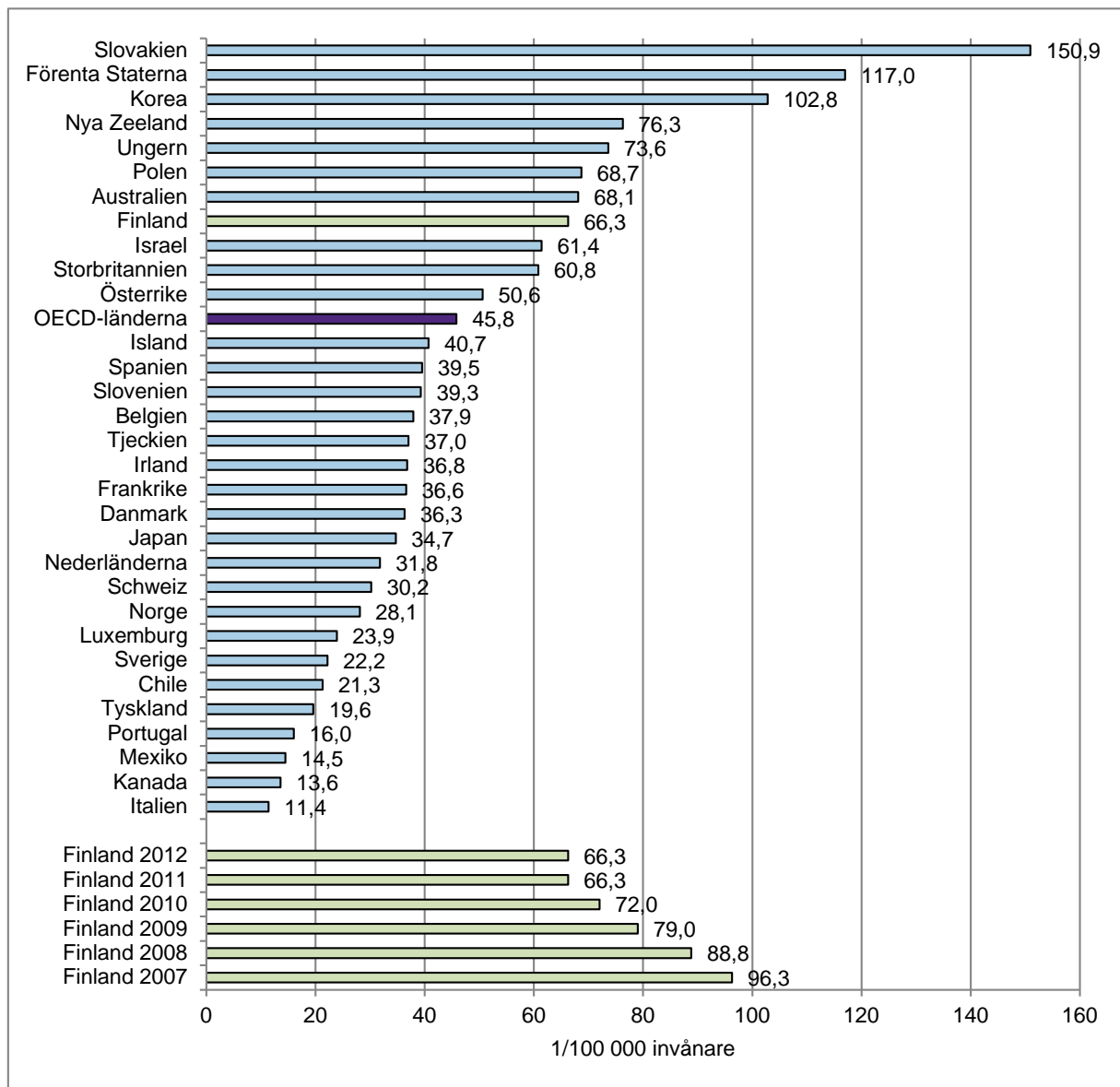
	Sammanlagt	Per år	Per 100 000 invånare
2000–2004	13	2,6	0,11
2005–2009	6	1,2	0,05
2010–2012	5	1,7	0,07
<b>2000–2012</b>	<b>24</b>	<b>1,8</b>	<b>0,08</b>

Källa: Statistikcentralens statistik över dödsorsaker

<sup>4</sup> [pxweb2.stat.fi/database/StatFin/Ter/ksyyt/ksyyt\\_fi.asp](http://pxweb2.stat.fi/database/StatFin/Ter/ksyyt/ksyyt_fi.asp)

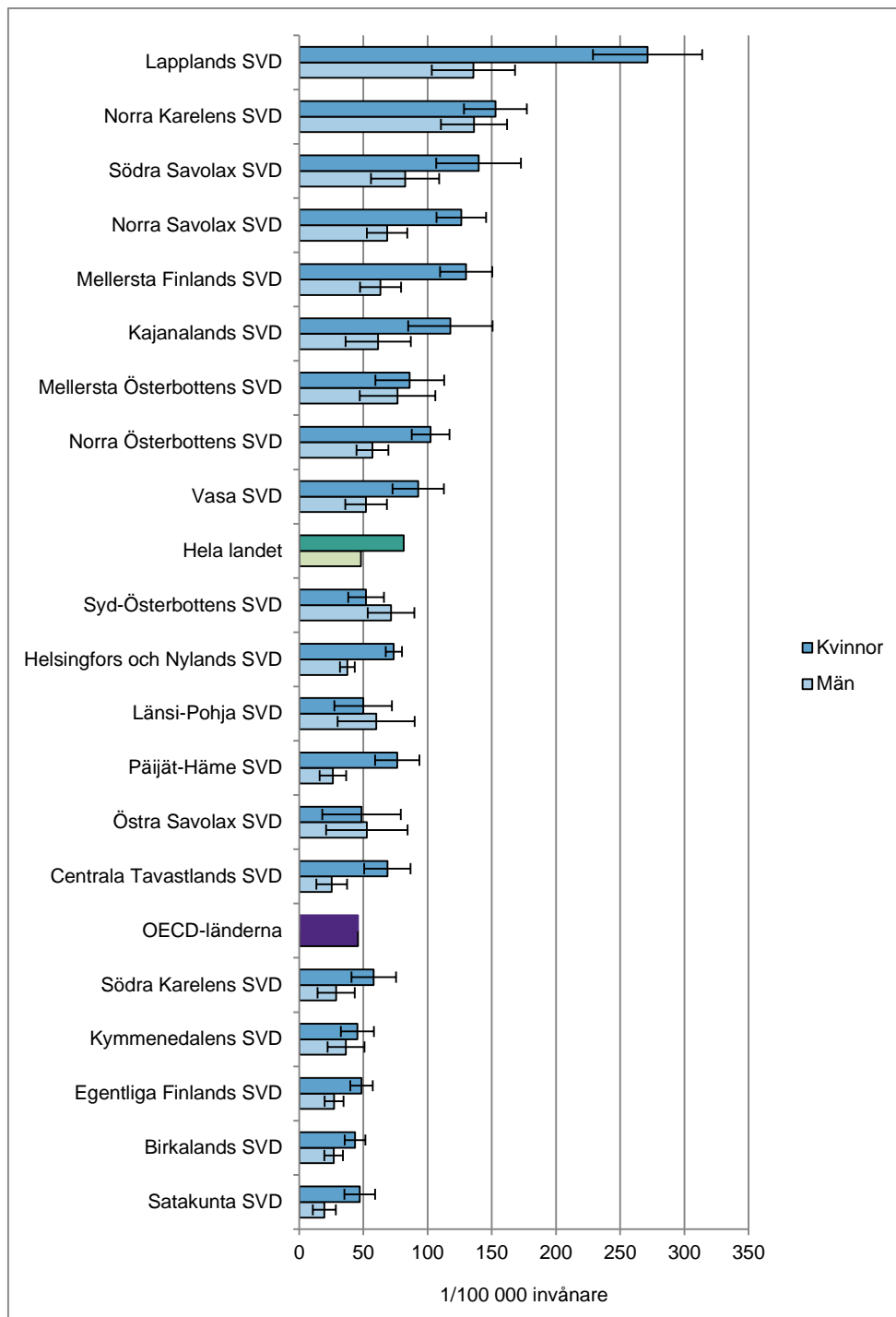


**Diagram 6. Vårdperioder vid en bäddavdelning på ett sjukhus på grund av astma bland personer som fyllt 15 år per 100 000 invånare i OECD-länderna 2011 och i Finland 2007–2012**



Källa: OECD Health at a Glance 2013.

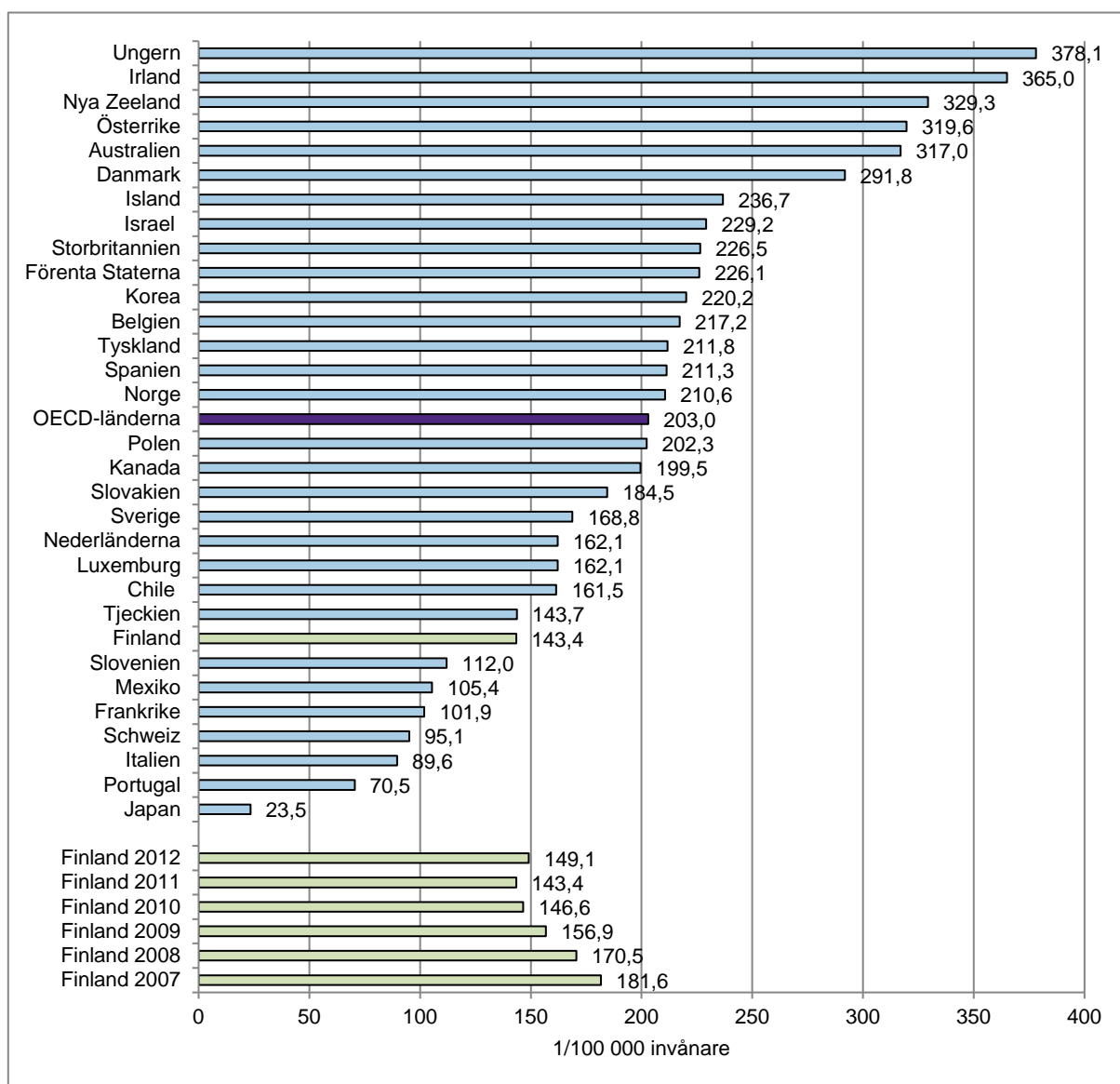
**Diagram 7. Vårdperioder vid en bäddavdelning på ett sjukhus på grund av astma bland personer som fyllt 15 år per 100 000 invånare enligt sjukvårdsdistrikt och kön 2012 och snittet för OECD-länderna 2011**



Källa: OECD Health at a Glance 2013.

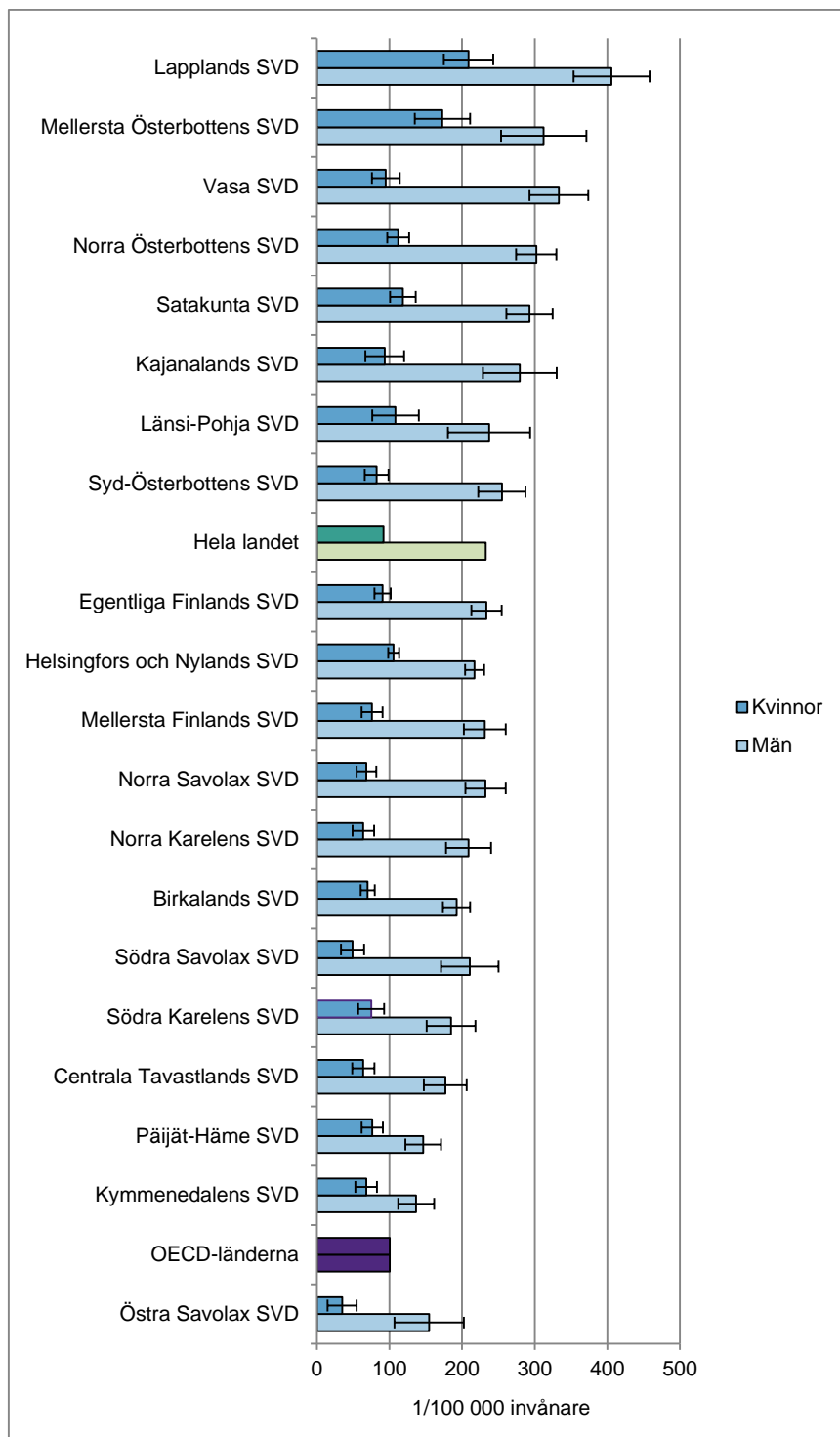
Vad gäller vården av kroniskt obstruktiv lungsjukdom är förhållandet mellan primärvården och den specialiserade sjukvården det samma som för astma, förutom att det inom primärvården därtill är möjligt att påverka incidensen för kroniskt obstruktiv lungsjukdom och dess exacerbation genom att hjälpa patienten att sluta röka. I en internationell jämförelse utifrån data från 2011 ligger Finland under snittet för OECD-länderna vad gäller den indikator som beskriver vården vid en bäddavdelning på grund av kroniskt obstruktiv lungsjukdom. Vad gäller kroniskt obstruktiv lungsjukdom har indikatorn förbättrats under tidsperioden 2007–2011, men vänt nedåt under 2012. (Diagram 8). Det finns regionala skillnader i antalet vårdperioder på ett sjukhus med anledning av kroniskt obstruktiv lungsjukdom, men den största skillnaden finns mellan män och kvinnor, vilket beror på att rökning är vanligare bland män, och därmed är också sjukfrekvensen högre (Diagram 9).

**Diagram 8. Vårdperioder vid en bäddavdelning på ett sjukhus på grund av kroniskt obstruktiv lungsjukdom bland personer som fyllt 15 år per 100 000 invånare i OECD-länderna 2011 och i Finland 2007–2012**



Källa: OECD Health at a Glance 2013.

**Diagram 9. Vårdperioder vid en bäddavdelning på ett sjukhus på grund av kroniskt obstruktiv lungsjukdom bland personer som fyllt 15 år per 100 000 invånare enligt sjukvårdsdistrikt och kön 2012 och snittet för OECD-länderna 2011**



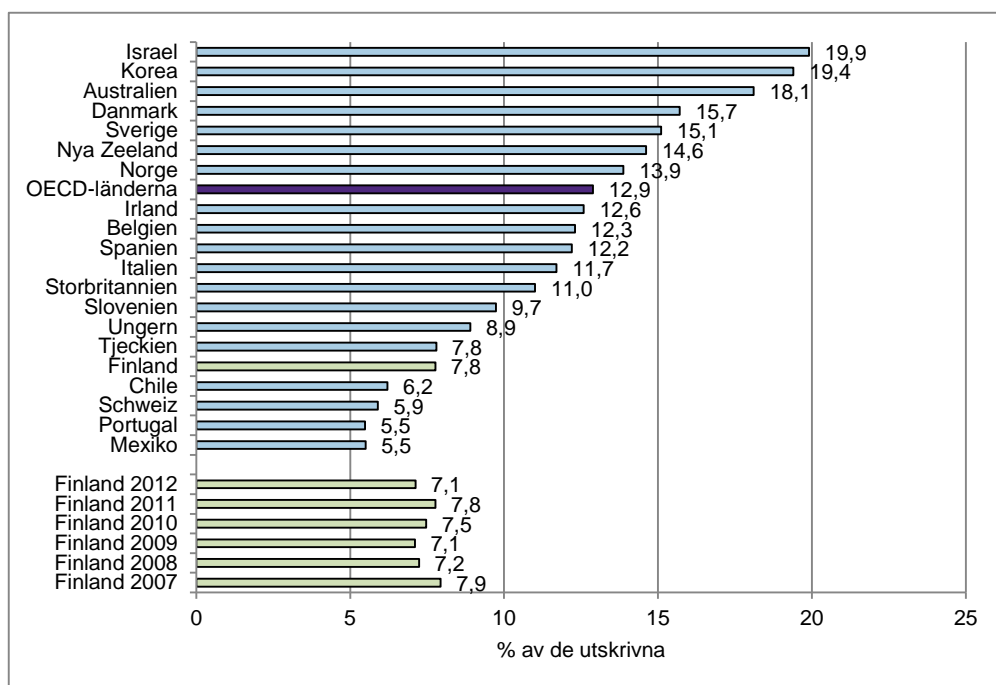
Källa: OECD Health at a Glance 2013.

### 3. Psykiska problem

Inom ramen för OECD-samarbetet har det varit svårt att hitta indikatorer som beskriver bra mentalvårdstjänster, eftersom väldigt lite jämförbar information är tillgänglig om denna verksamhet. I OECD-länderna har det endast varit möjligt att producera indikatorer för återintagning till samma sjukhus bland patienter som lider av schizofreni eller bipolär sjukdom inom 30 dagar efter att patienten skrivits ut från den tidigare vården vid en bäddavdelning.

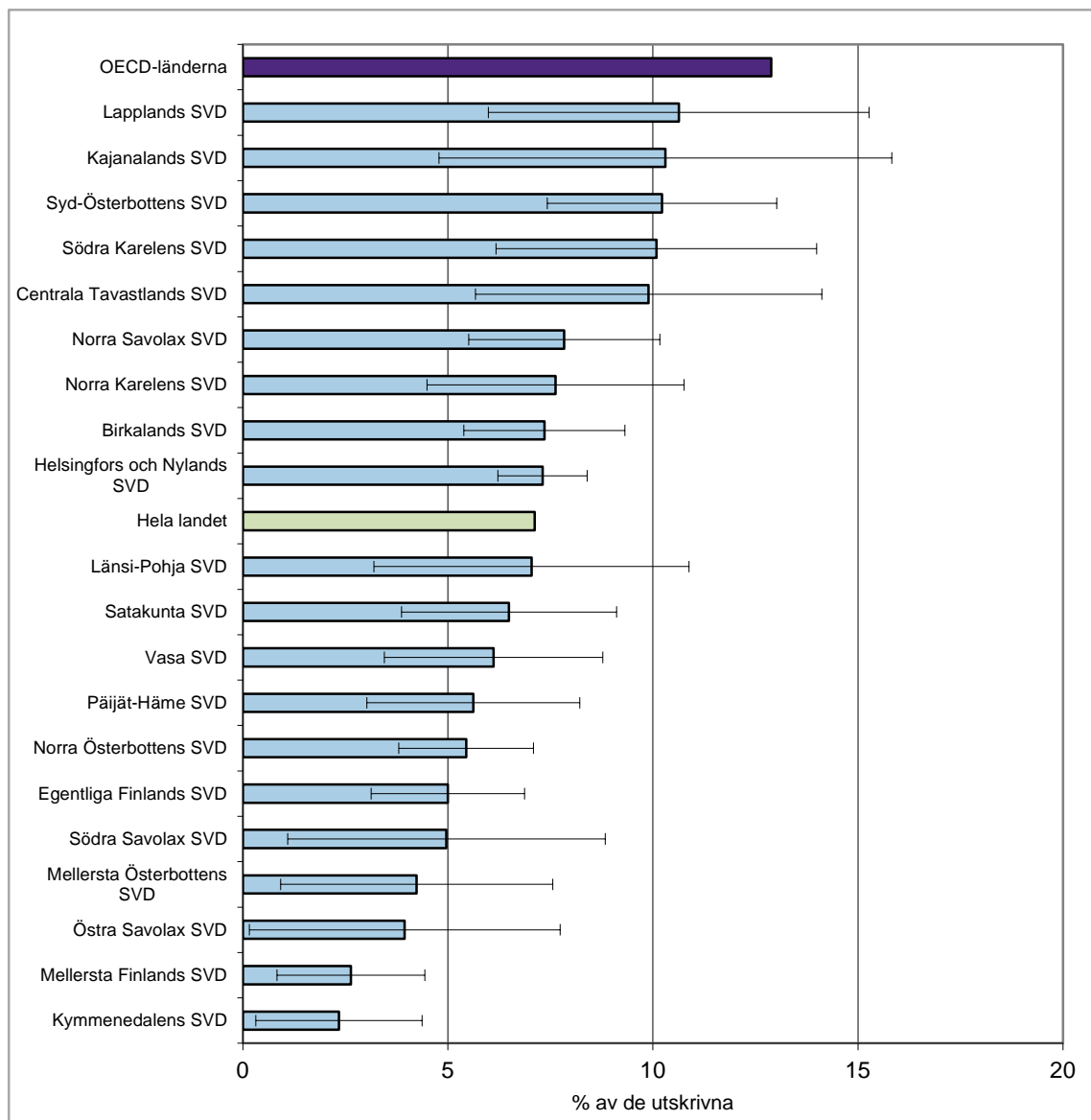
Vad gäller bägge sjukdomsgrupper är återintagning till en bäddavdelning inom 30 dagar mindre frekvent än i snitt i OECD-länderna (Diagram 10 och 13). I Finland har inga nämnvärda ändringar skett vad gäller bägge sjukdomar under åren 2007–2012. Motsvarande data kan presenteras enligt sjukvårdsdistrikt (Diagram 11 och 14), men också genom att granska om patienten återvänt till vård vid en bäddavdelning på ett annat sjukhus än det sjukhus från vilket han eller hon skrivits ut (Diagram 12 och 15). Av de utskrivna schizofrenipatienterna måste klart under 5 % upp till över 10 % återvända till en bäddavdelning inom 30 dagar. De sjukvårdsdistrikt där andelen ligger på 10 % eller högre uppgår till endast 5 i en granskning där endast återintagning till samma sjukhus beaktas, och till 6 om alla sjukhus beaktas. Det sammanlagda antalet patienter som återvänder till en bäddavdelning är litet, till följd av vilket det konfidensintervall som beskriver osäkerheten i talen är väldigt stort. Vad gäller bipolär sjukdom är talen så låga att de inte kan räknas för alla sjukvårdsdistrikt. Också vad gäller de sjukvårdsdistrikt för vilka talen kan räknas är konfidensintervallerna så stora att de statistiska talen inte visar skillnader mellan sjukvårdsdistrikten. Utgångspunkten för indikatorerna på funktionen för mentalvårdstjänsterna är grundtanken om att risken för återintagning till ett sjukhus minskas av en framgångsrik vårdperiod vid bäddavdelningen, en lyckad vård därefter samt effektiv organisering av det stöd som patienten behöver.

**Diagram 10. Oplanerad återtagning inom 30 dagar efter utskrivningen av en patient till en bäddavdelning på samma sjukhus på grund av schizofreni i OECD-länderna 2011 och i Finland 2007–2012, % av de utskrivna**



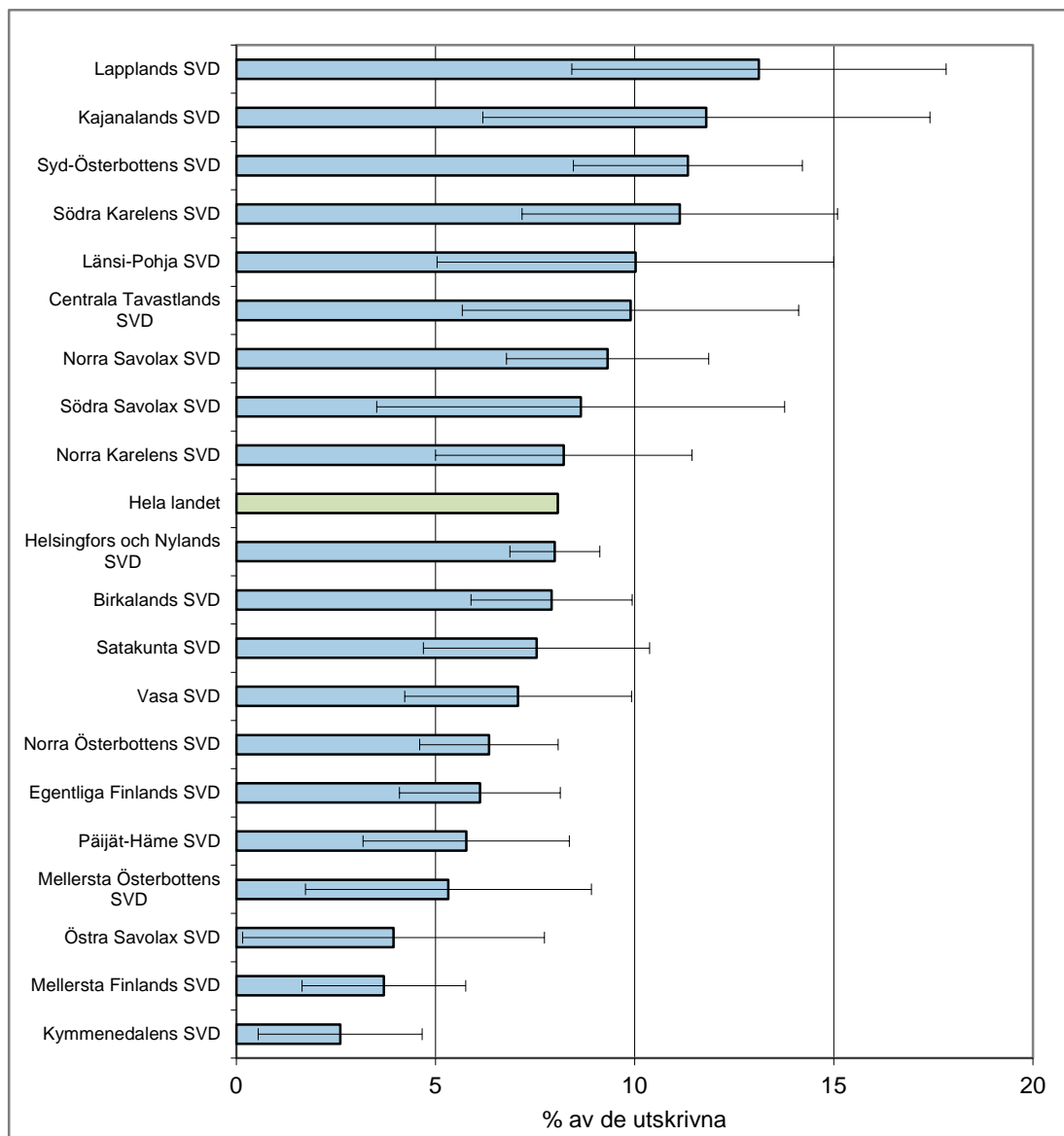
Källa: OECD Health at a Glance 2013.

**Diagram 11. Oplanerad återintagning inom 30 dagar efter utskrivningen av en patient till en bäddavdelning på grund av schizofreni 2012 enligt sjukvårdsdistrikt och snittet i OECD-länderna 2011, % av de utskrivna, samma sjukhus**

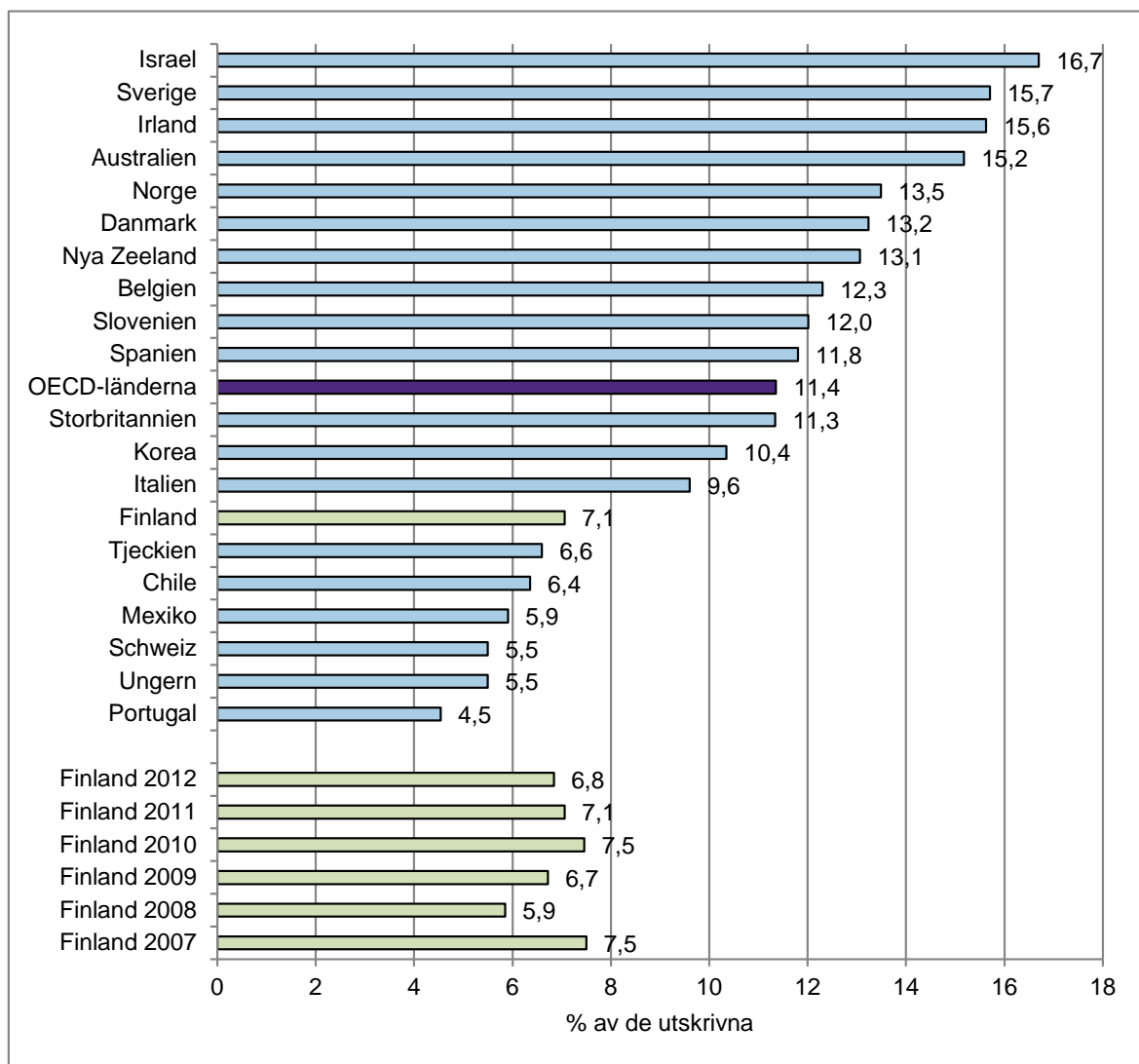


Källa: OECD Health at a Glance 2013.

**Diagram 12. Oplanerad återintagning till en bäddavdelning inom 30 dagar efter utskrivningen av en patient som vårdats på grund av schizofreni enligt sjukvårdsdistrikt 2012, % av de utskrivna, vilket sjukhus som helst**



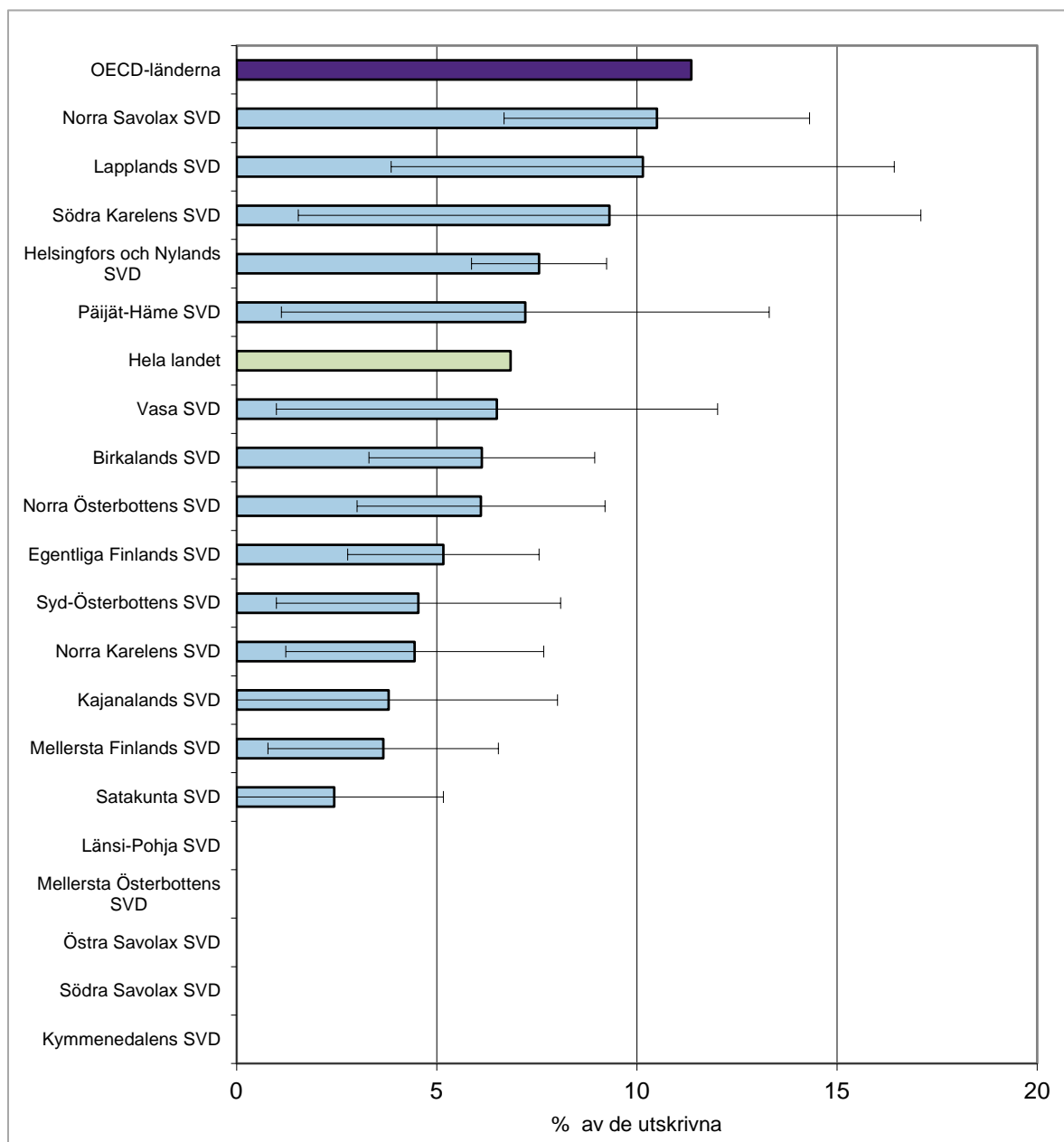
**Diagram 13. Oplanerad återintagning av en patient inom 30 dagar efter utskrivningen till en bäddavdelning på samma sjukhus på grund av bipolär sjukdom i OECD-länderna 2011 och i Finland 2007–2012, % av de utskrivna**



Källa: OECD Health at a Glance 2013.

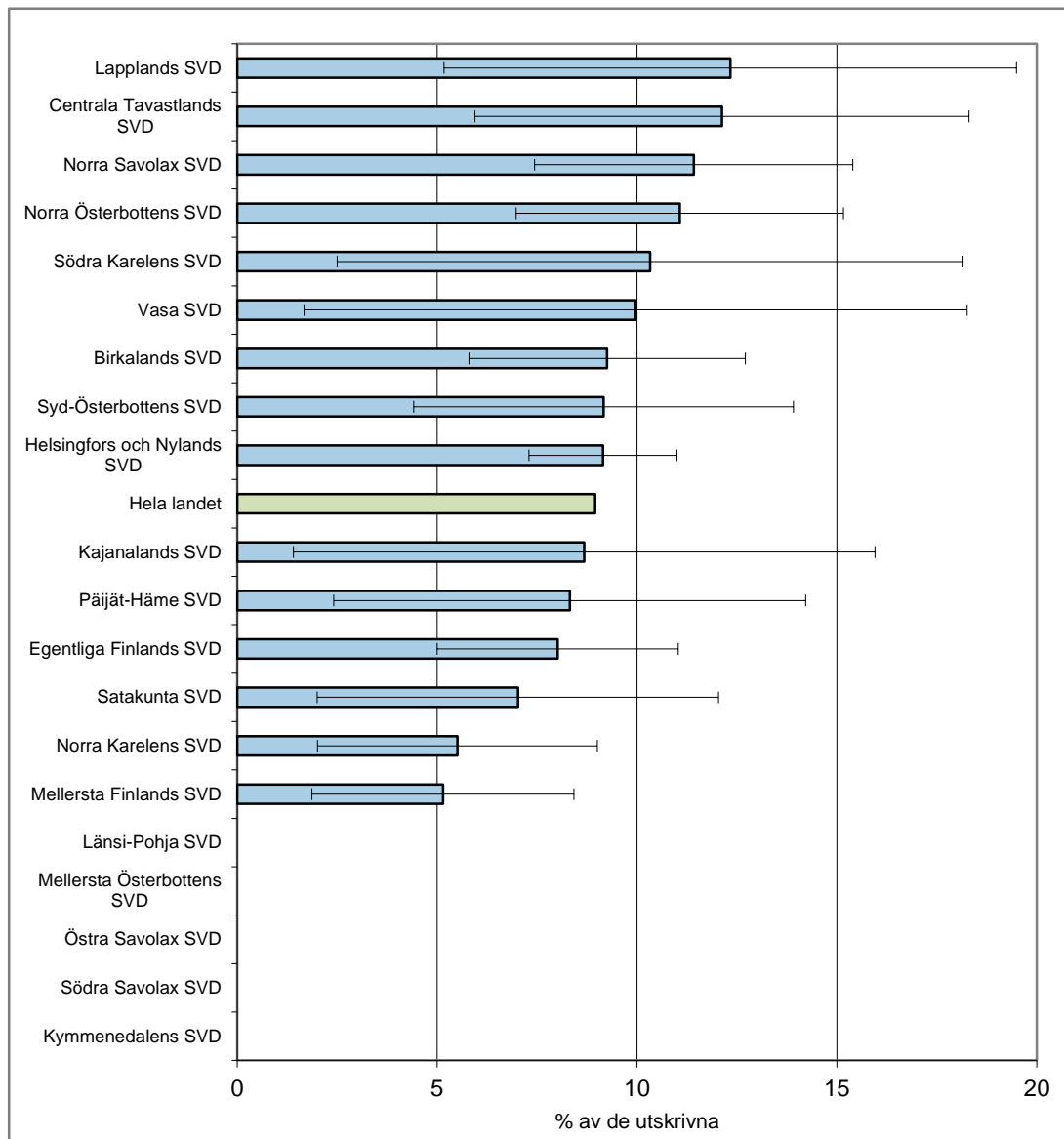


**Diagram 14. Oplanerad återintagning till en bäddavdelning inom 30 dagar efter utskrivningen av en patient som vårdats på grund av bipolär sjukdom enligt sjukvårdsdistrikt 2012 och snittet för OECD-länderna 2011, % av de utskrivna, samma sjukhus**



Källa: OECD Health at a Glance 2013.

**Diagram 15. Oplanerad återintagning till en bäddavdelning inom 30 dagar efter utskrivningen av en patient som vårdats på grund av bipolär sjukdom enligt sjukvårdsdistrikt 2012, % av de utskrivna, vilket sjukhus som helst**



OECD mäter dödligheten bland patienter som vårdats vid en bäddavdelning på grund av psykiska problem i förhållande till hela befolkningen. Om relationstalet överstigit ett, är dödligheten bland mentalvårdspatienter högre än bland hela befolkningen. OECD har publicerat data endast för sju länder: Israel, Sydkorea, Sverige, Slovenien, Finland, Danmark och Nya Zeeland. I dessa länder var dödligheten bland patienter som vårdats på sjukhus på grund av schizofreni 4–9 gånger högre än bland hela befolkningen 2011. Motsvarande överdödlighet i Finland låg i linje med OECD-snittet, då den var sex gånger högre 2011. Dödligheten bland patienter som vårdats på sjukhus på grund av bipolär sjukdom var 2–7 gånger högre än bland hela befolkningen 2011. Överdödligheten i Finland låg på medelnivå inom OECD, det vill säga att den var sex gånger högre 2011. Tillslvidare är det inte möjligt att föra regional statistik i Finland.

## 4. Patientsäkerhet

Patientsäkerheten utgör grunden för hälso- och sjukvårdsverksamheten i kombination med vårdbehovet, vårdens genomslagskraft och vårdtillgången och den är en väsentlig del av vårdkvaliteten. Vad gäller OECD:s kvalitetsindikatorer för patientsäkerheten har nationella tal för sjukvårdsdistrikten utarbetats i Finland. I regel följs principerna för att bilda internationella jämförelsetal i bildandet av dessa tal. OECD har dock standardiserat de indikatorer som gäller kirurgiska ingrepp med det antal biddiagnoser som ska samlas in. Denna standardisering är inte möjlig för det nationella materialet, och följaktligen kan inte siffrorna för OECD-länderna jämföras med siffrorna enligt sjukvårdsdistrikt. Därför presenteras två olika siffror för Finland i denna statistikrapport.

### 4.1

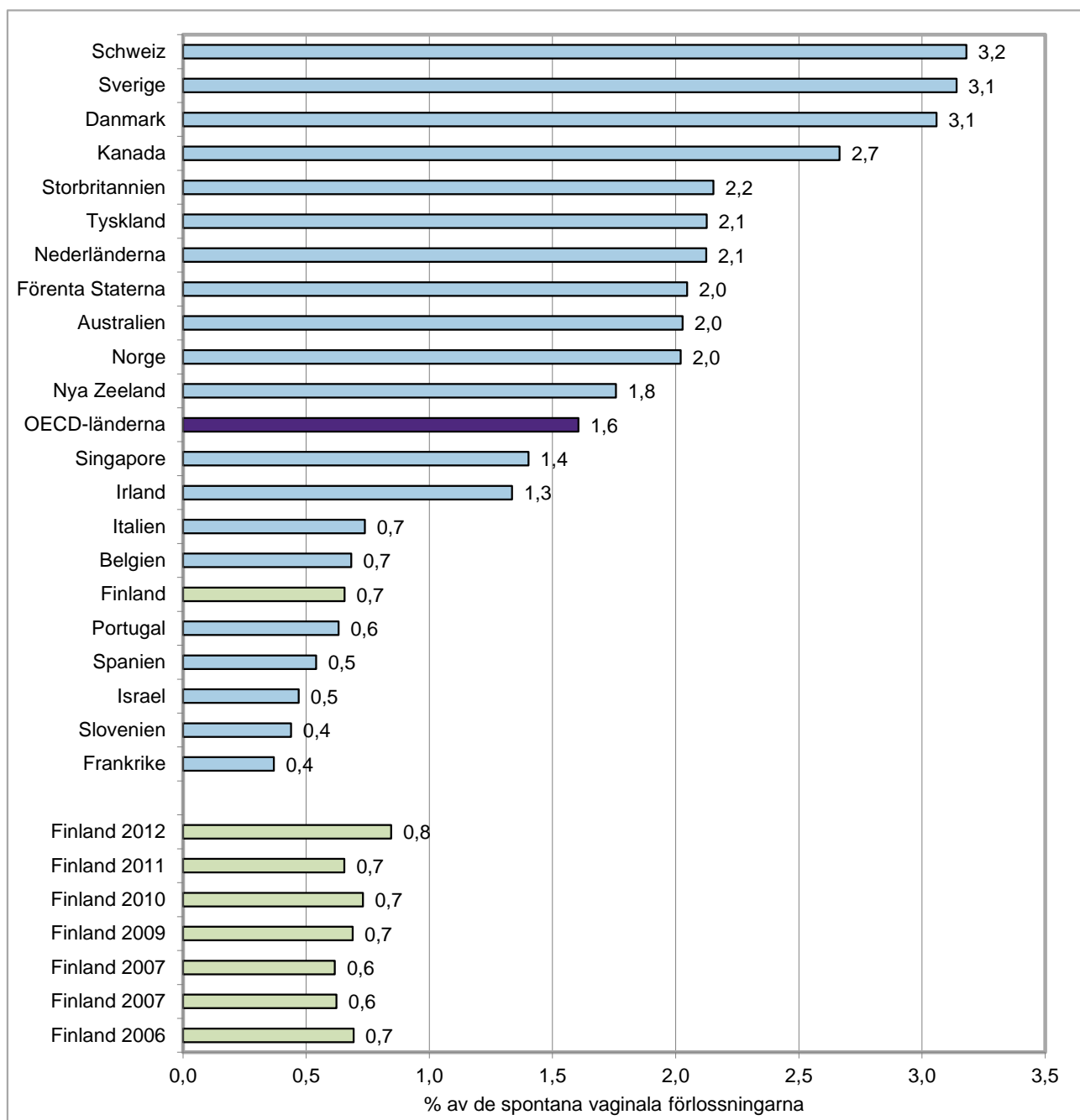
#### Förlossningar

Tredje eller fjärde gradens bristningar i mellangården i samband med vaginala förlossningar kan ofta hindras genom att planera förlossningen eller lämna högklassig förlossningsvård. Tredje eller fjärde gradens bristningar vid spontana vaginala förlossningar var klart mer sällsynta i Finland (0,8 % år 2012) än i snitt i OECD-länderna (1,6 % år 2011). Sverige och Danmark har de högsta bristningstalen i de nordiska länderna (över 3 %). Siffrorna är höga också i Kanada (2,7 %) och Schweiz (3,2 %) (Diagram 16). I de nordiska länderna finns det skillnader i praxis för mellangårdsklipp, det vill säga episiotomi, vilket kan påverka skillnaderna mellan länderna vad gäller bristningstalen.

Tredje eller fjärde gradens förlossningsbristningar är klart vanligare vid förlossningar med sugklocka eller tång än vid spontana vaginala förlossningar (Diagram 18). I Finland har andelen för dessa bristningar ökat under de senaste åren och den låg på 3,9 % år 2012. Snittet för OECD-länderna är dock högre än detta (5,5 % år 2011). Bristningstalen är särskilt höga i Kanada (13,7 %), USA (12,5 %) och i Sverige (11,1 %).

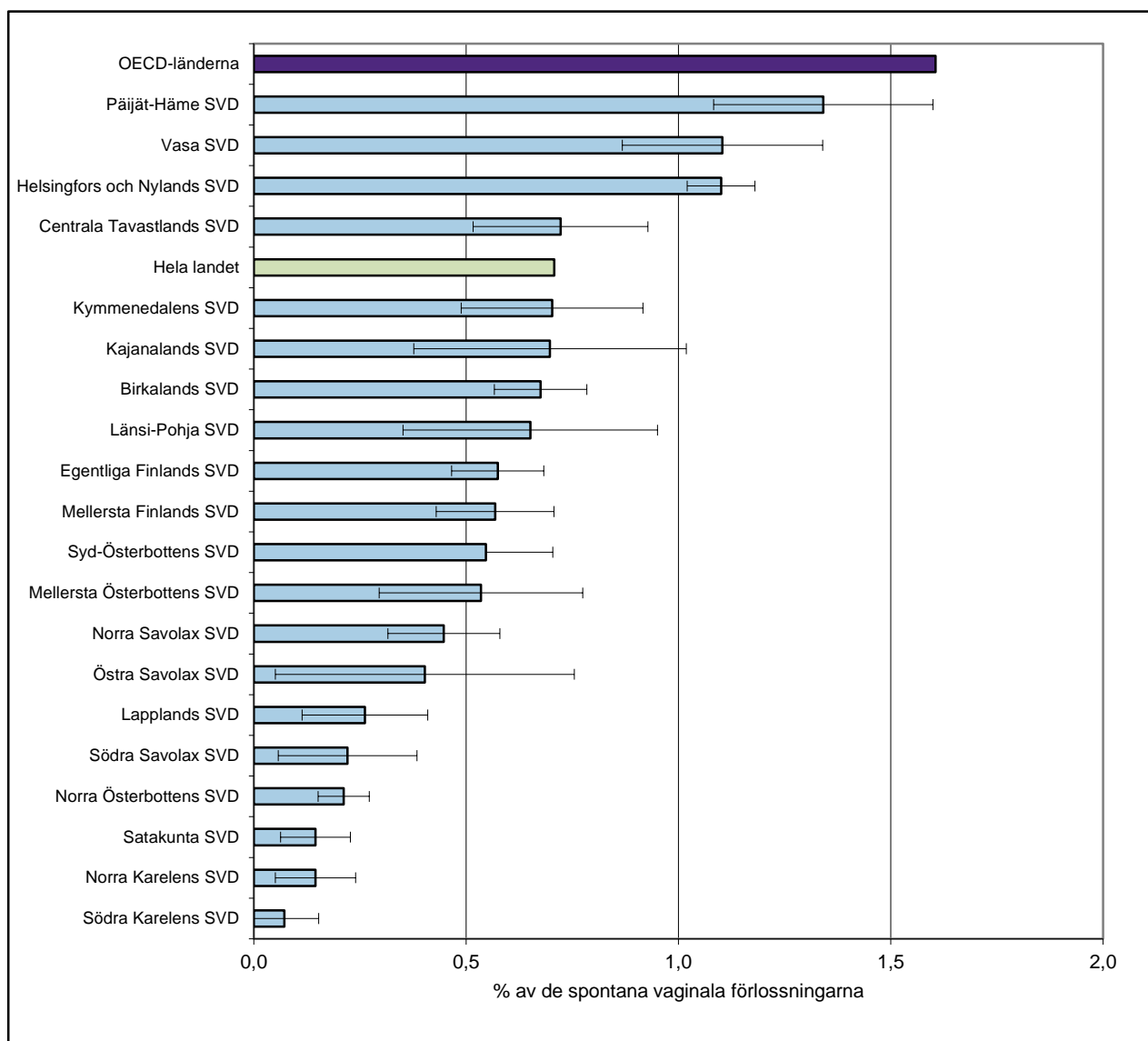
Vad gäller förlossningsbristningar är skillnaderna mellan sjukvårdsdistrikten stora i Finland (Diagram 17 och 19). I alla sjukvårdsdistrikt låg andelen tredje eller fjärde gradens förlossningsbristningar under snittet för OECD-länder under åren 2008–2012. Andelarna bristningar vid förlossningar med sugklocka eller tång översteg i vissa sjukvårdsdistrikt snittet för OECD-länderna. Jämförelsen beaktar inte skillnader i förlossningspraxis till exempel vad gäller mellangårdsklipp. Inte heller regionala skillnader som gäller förlossarnas bakgrund, såsom åldersfördelningen eller antalet förstagångsföderskor beaktas.

**Diagram 16: 3:e eller 4:e gradens förlossningsbristningar vid spontan vaginal förlossning i OECD-länderna 2011 och i Finland 2006–2012, %**



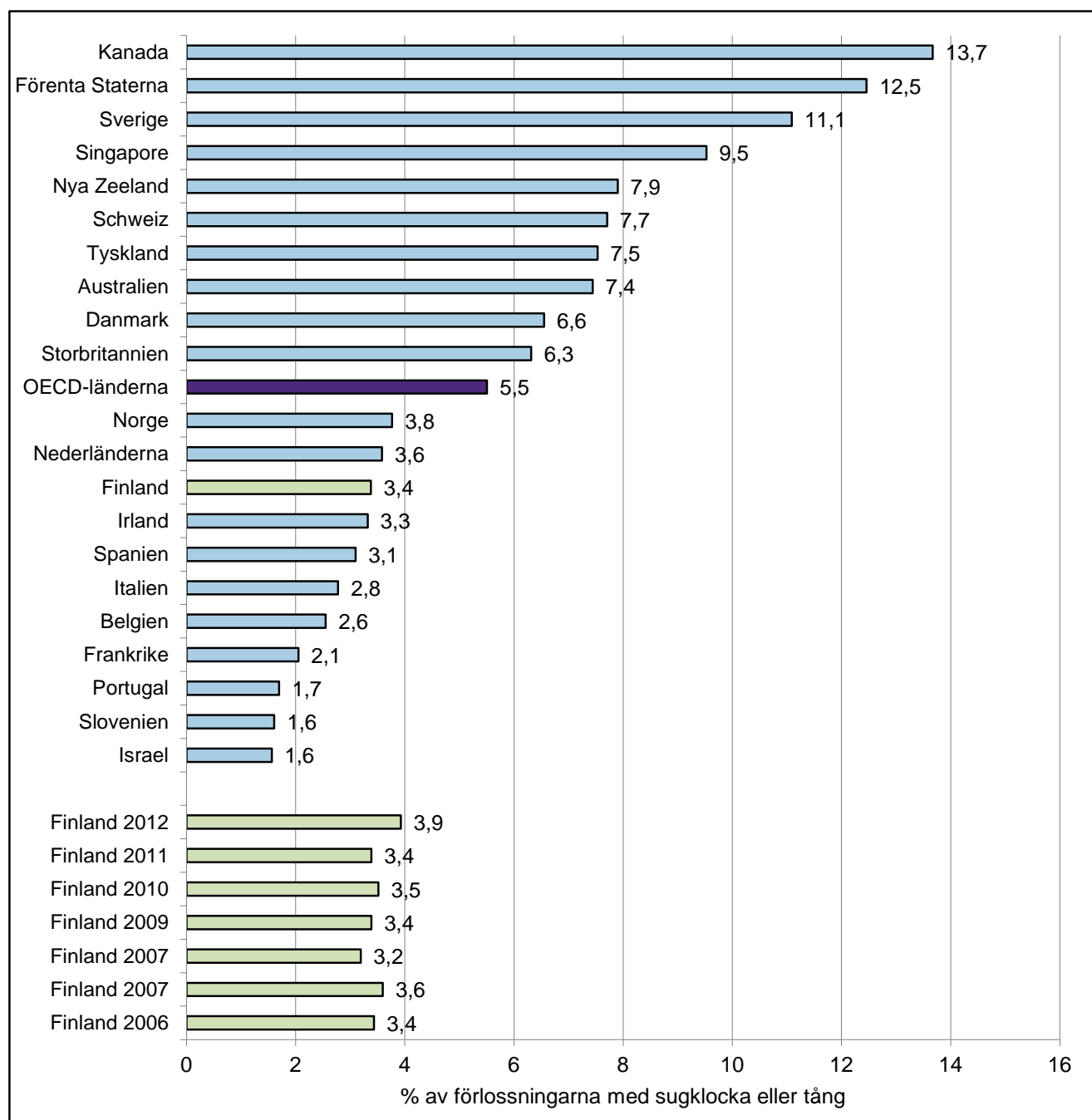
Källa: OECD Health at a Glance 2013.

**Diagram 17: 3:e eller 4:e gradens förlossningsbristningar vid spontan vaginal förlossning enligt sjukvårdsdistrikt 2008–2012 och snittet för OECD-länderna 2011, %**



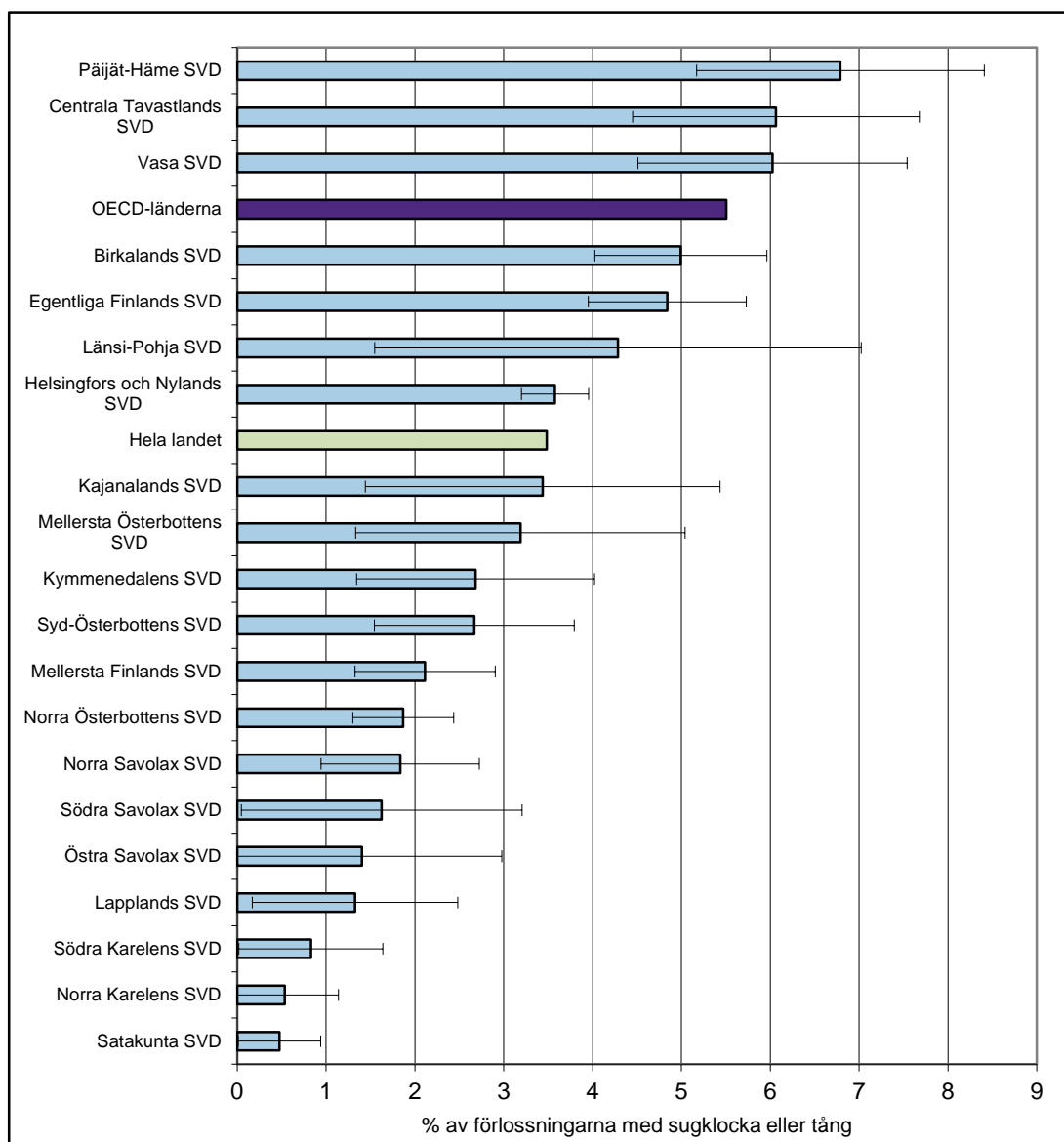
Källa: OECD Health at a Glance 2013.

**Diagram 18: 3:e eller 4:e gradens förlossningsbristningar vid förlossningar med sugklocka eller tång i OECD-länderna 2011 och i Finland 2006–2012, %**



Källa: OECD Health at a Glance 2013.

**Diagram 19: 3:e eller 4:e gradens förlossningsbristningar vid förlossningar med sugklocka eller tång enligt sjukvårdsdistrikt 2008–2012 och snittet för OECD-länderna 2011, %**



Källa: OECD Health at a Glance 2013.

## 4.2 Kirurgiska ingrepp

Inom hälso- och sjukvårdsverksamheten är en del av de oönskade händelserna kända vårdrisker, med andra ord händelser som på förhand kan förväntas uppkomma hos en liten del av dem som vårdas. Uppkomsten av skadliga händelser kan aldrig helt undanröjas genom att förbättra vårdkvaliteten, eftersom risktagning är en del av många vårdprocesser. Patientsäkerhetsindikatorn visar på problem i vårdkvaliteten då fler patienter än förväntat drabbas av olägenheten i fråga. Därtill finns det patientsäkerhetsindikatorer som gäller händelser som aldrig borde inträffa för en patient då vårdåtgärder enligt alla behöriga anvisningar vidtas.

Främmande föremål som lämnat kvar i operationsområdet efter ett kirurgiskt ingrepp är ett exempel på en händelse som inte borde inträffa. Sådana händelser ingår dock i alla filer som skickats av de OECD-länder som deltagit i datainsamlingen. Siffrorna varierar stort och det är sannolikt att

det finns stora skillnader i registreringen av händelserna (Diagram 20). Antalet fall som hittades i vårdanmälningsregistret i Finland 2008–2012 uppgick till knappt 18 fall per år. Sådana inträffade i alla förutom ett sjukvårdsdistrikt. Enligt den respons som sjukvårdsdistrikten gett kan det faktum att ett främmande föremål ("en trasa") lämnas kvar i operationsområdet ibland vara en övervägd handling i samband med ett ingrepp. I en jämförelse mellan OECD-länderna ligger Finland över snittet för OECD-länderna, även om de finländska talen inte är helt jämförbara med övriga länders tal. Under åren 2007–2012 har utbredningen av fenomenet legat mer eller mindre på samma nivå. Till följd av att fenomenet är sällsynt har talen på sjukvårdsdistriktnivå gjorts samlat för åren 2008–2012 (Diagram 21).

Uppkomsten av postoperativ lungemboli eller ventrombos är en känd vådrisk, som dock kan minskas genom att följa godtagna vådrutiner. Vårdtiden på sjukhuset efter ett ingrepp är ofta kort i Finland. Lungemboli eller ventrombos kan uppkomma först efter utskrivningen eller en flytt till ett annat sjukhus. OECD-indikatorn beskriver endast en situation där lungemboli eller ventrombos uppkommer under den vårdperiod då det kirurgiska ingreppet görs.

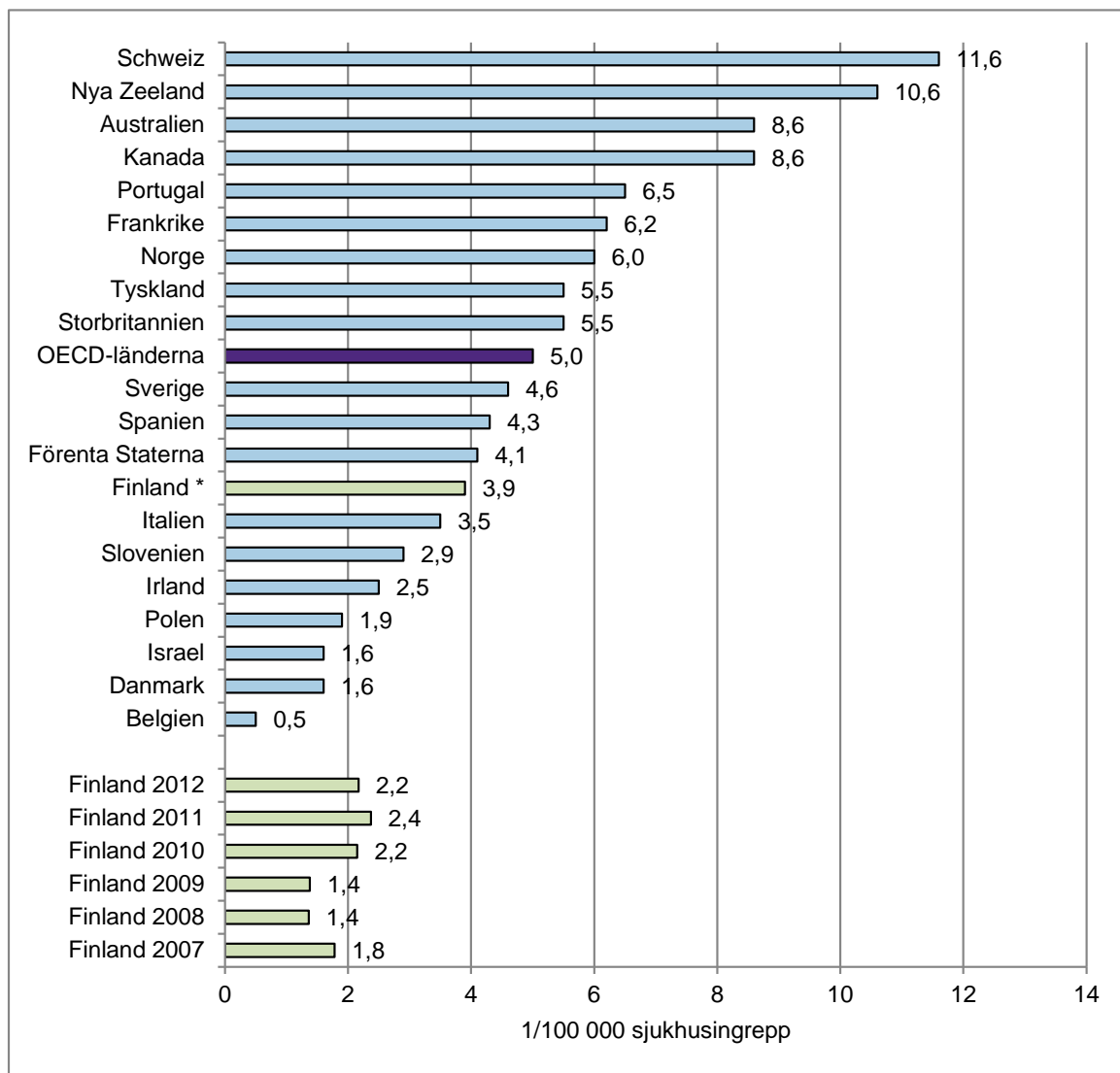
I en jämförelse mellan OECD-länderna ligger Finland på medelnivå. Den ökade utbredningen av fenomenet i Finland under tidsperioden 2007–2012 förklaras mer sannolikt av att registreringspraxis förbättrats än av att vårdkvaliteten försämrats (Diagram 22). Även vad gäller denna indikator har talen enligt sjukvårdsdistrikt gjorts samlat för åren 2008–2012. Skillnaderna mellan sjukvårdsdistrikten är stora, men även i detta fall är det möjligt att registreringspraxis påverkar skillnaderna (Diagram 23).

Postoperativ blodförgiftning (sepsis) är ett ytterligare exempel på en skadlig händelse som kan förväntas uppkomma hos en del patienter, men vars risk kan minskas genom att följa godtagna vådrutiner. Även vad gäller denna indikator gäller OECD-jämförelsen blodförgiftning som inträffat under den vårdperiod på sjukhuset då det kirurgiska ingreppet gjordes. I Finland ligger incidensen för blodförgiftning lite under snittet för OECD-länderna, men det ska dock beaktas att talen inte är helt jämförbara (Diagram 24). Det finns skillnader mellan sjukvårdsdistrikten (Diagram 25). En mer pålitlig nivå i jämförelsen kunde uppnås genom att också beakta fall som inträffat utanför samma vårdperiod, till exempel inom 30 dagar.

Skärsår eller laceration är också händelser som i teorin inte alls borde inträffa. Dessa händelser är dock mer sannolika än att ett främmande föremål glöms i kroppen. Med tanke på publikationen 2013 publicerades inte sådan indikatordata för OECD-jämförelsen. Praxis för införande av data i det finländska vårdanmälningsregistret varierar sannolikt kraftigt, och det är inte möjligt att dra slutsatser om skillnaderna mellan sjukvårdsdistrikten utifrån talen.



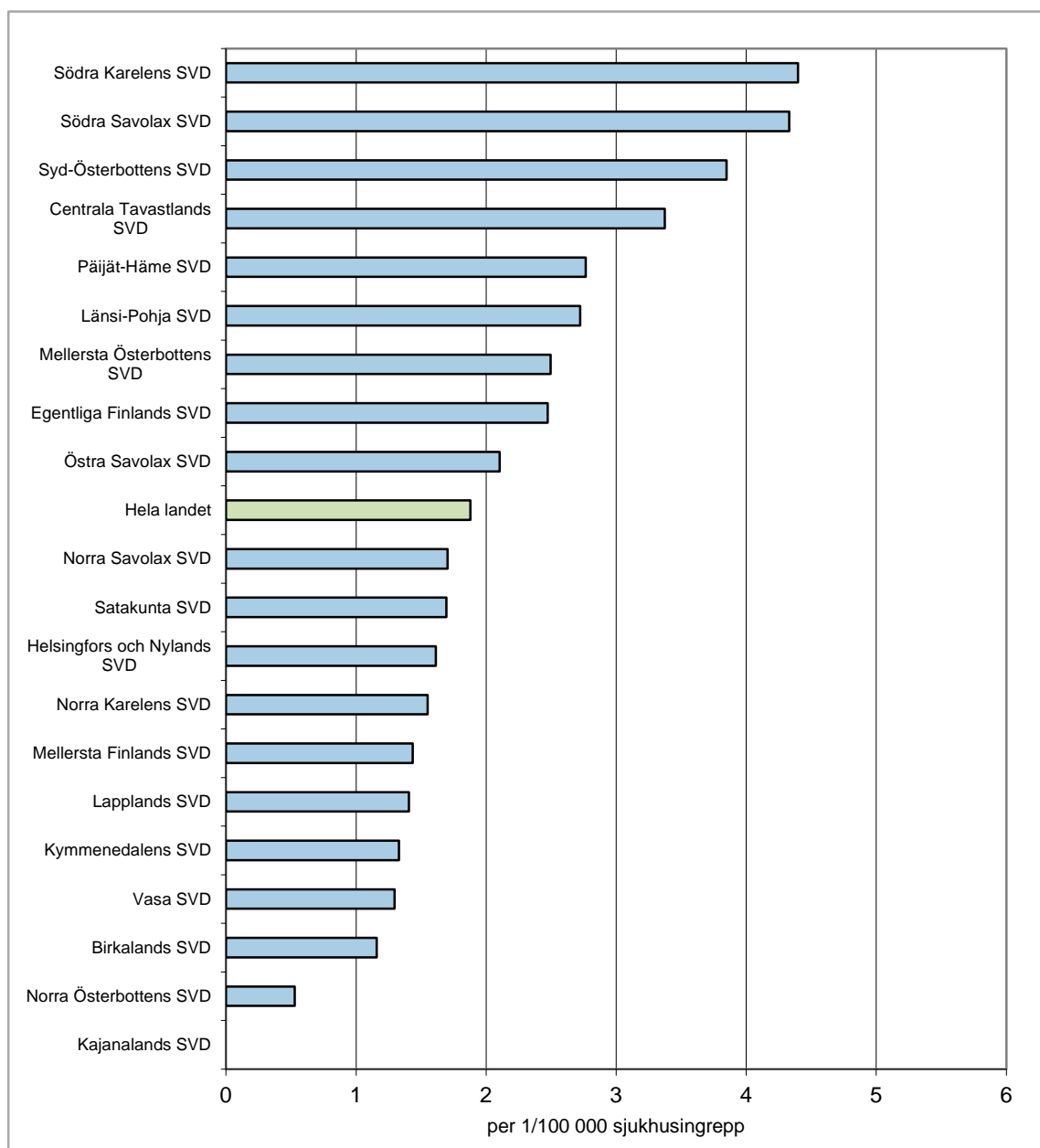
**Diagram 20. Främmande föremål som lämnat i kroppen i samband med ett ingrepp per 100 000 sjukhusingrepp i OECD-länderna 2011 och i Finland 2007–2012**



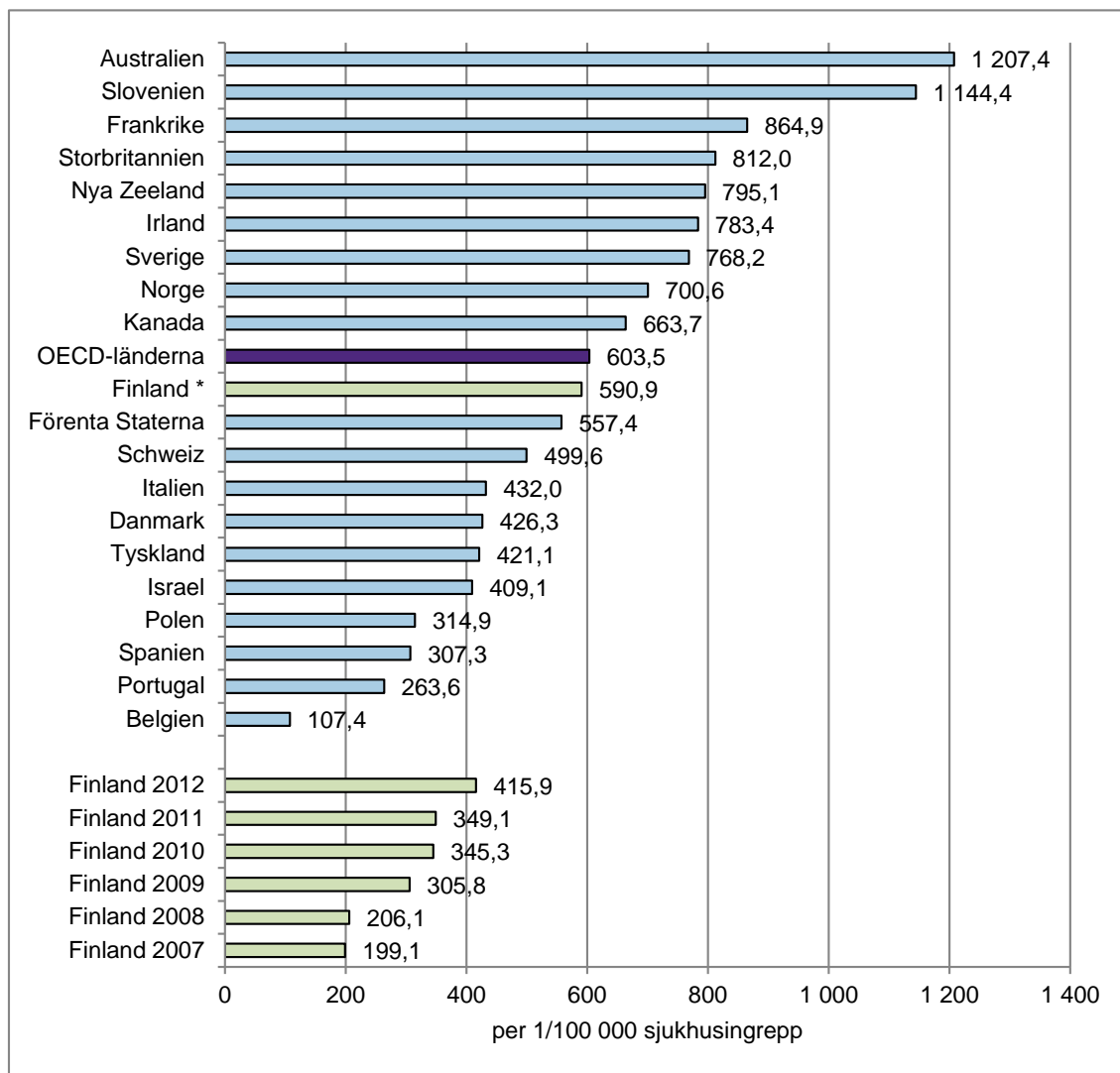
\* OECD-talen har standardiserats enligt antalet bidiagnoser, och de är inte direkt jämförbara med de nationella talen.

Källa: OECD Health at a Glance 2013.

**Diagram 21. Främmande föremål som lämnat i kroppen i samband med ett ingrepp per 100 000 sjukhusingrepp enligt sjukvårdsdistrikt 2008–2012**



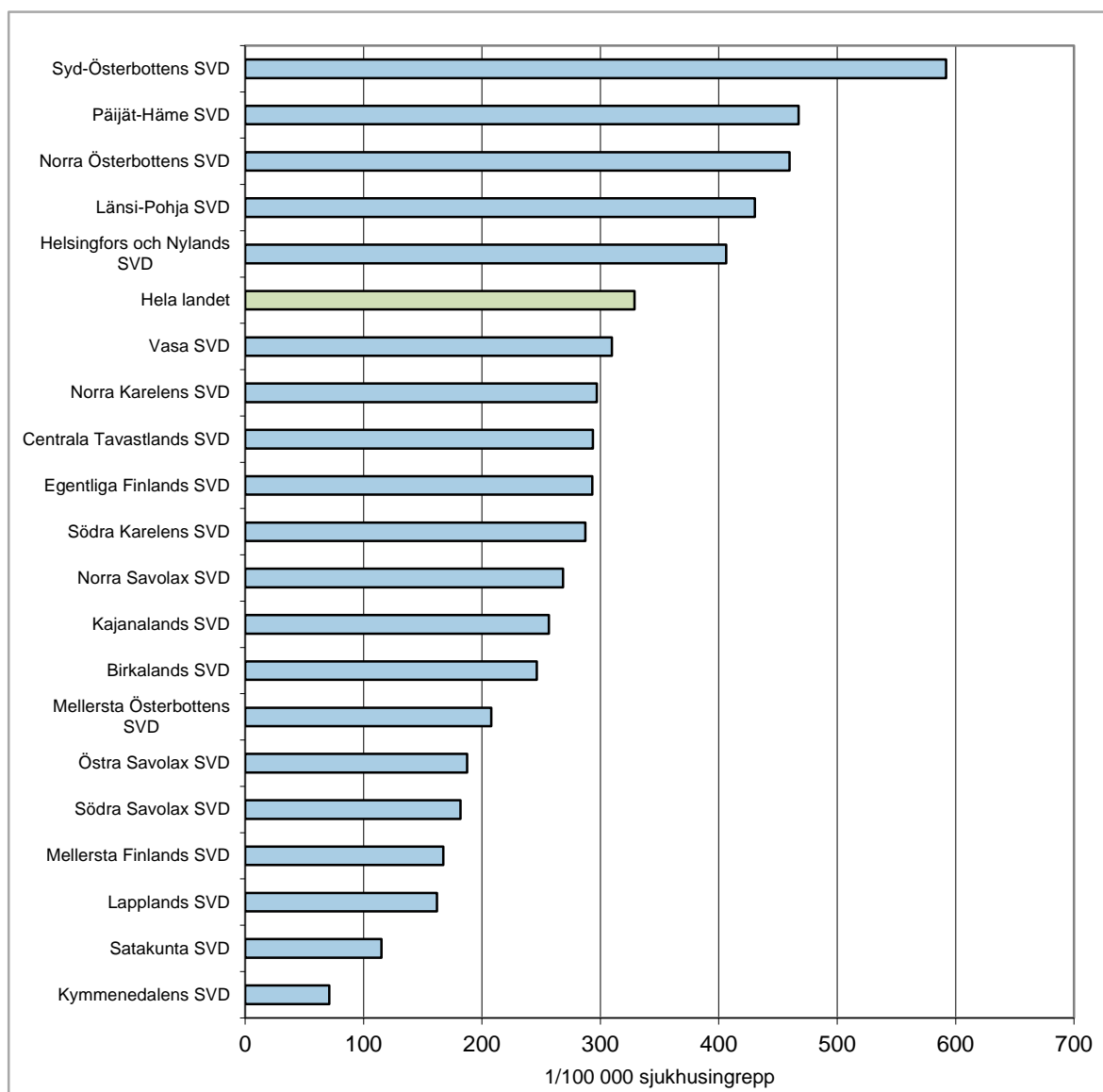
**Diagram 22. Postoperativ lungemboli eller ventrombos per 100 000 sjukhusingrepp i OECD-länderna 2011 och i Finland 2007–2012**



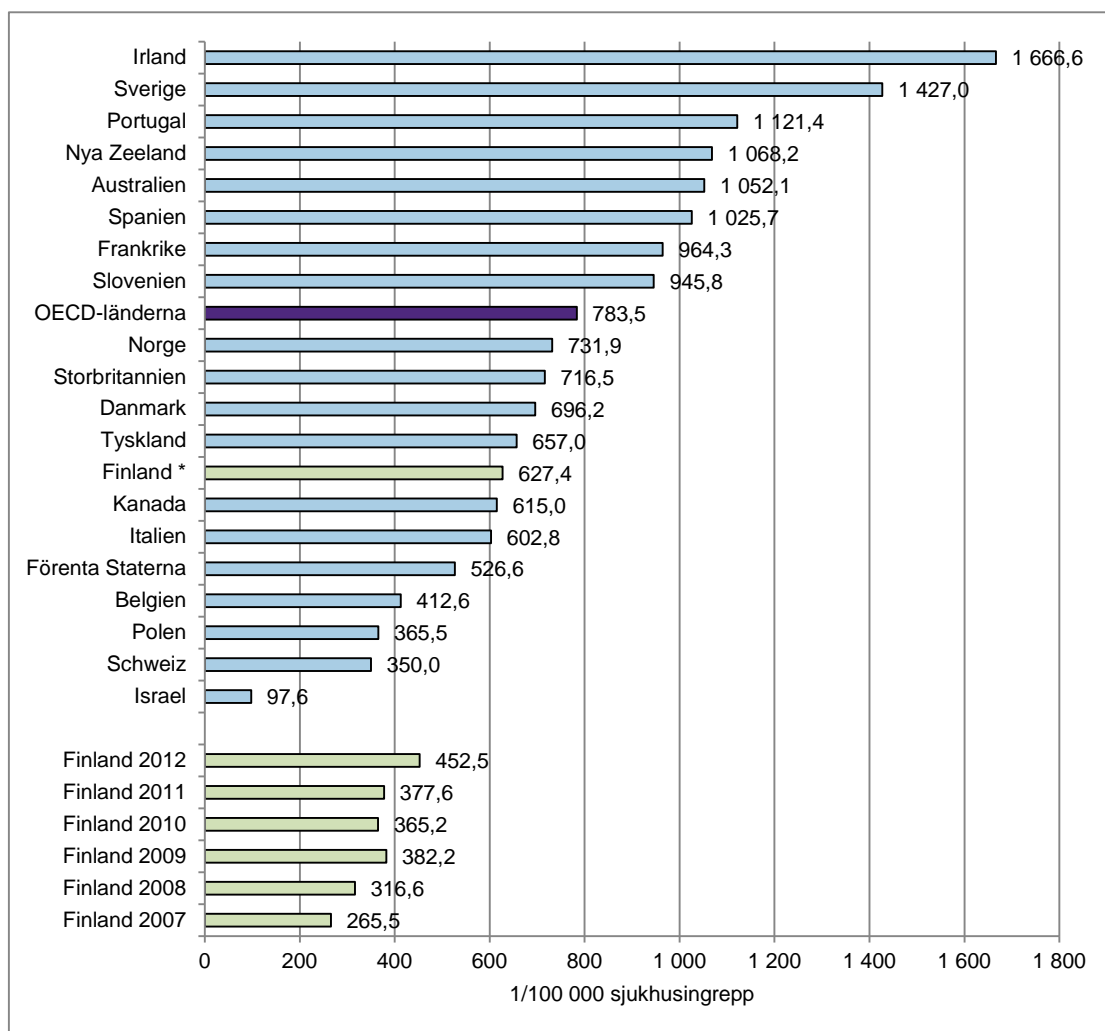
\* OECD-talen har standardiserats enligt antalet biddiagnoser, och de är inte direkt jämförbara med de nationella talen.

Källa: OECD Health at a Glance 2013.

**Diagram 23. Postoperativ lungemboli eller ventrombos per 100 000 sjukhusingrepp enligt sjukvårdsdistrikt 2008–2012**



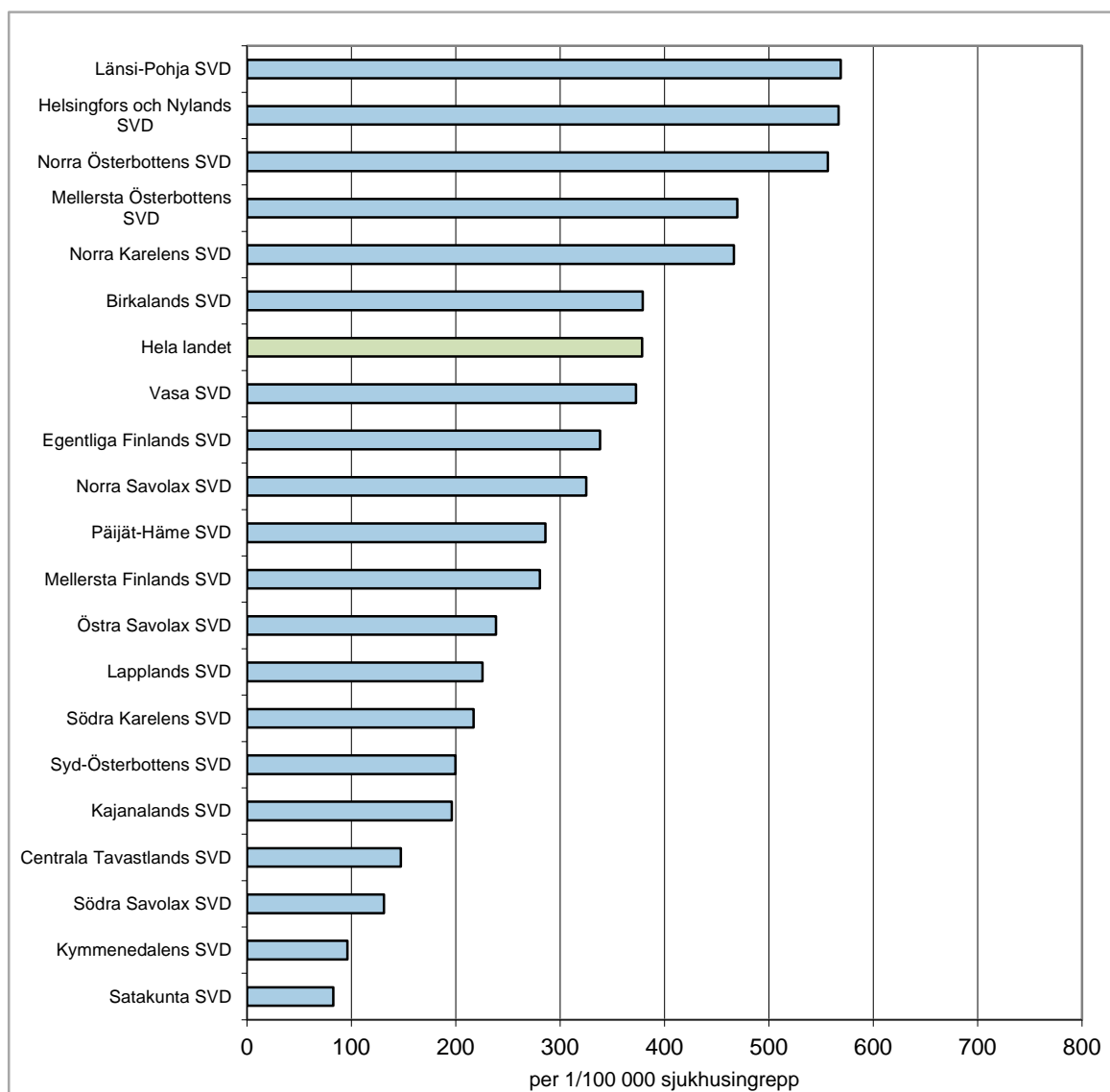
**Diagram 24. Postoperativ blodförgiftning (sepsis) per 100 000 sjukhusingrepp i OECD-länderna 2011 och i Finland 2007–2012**



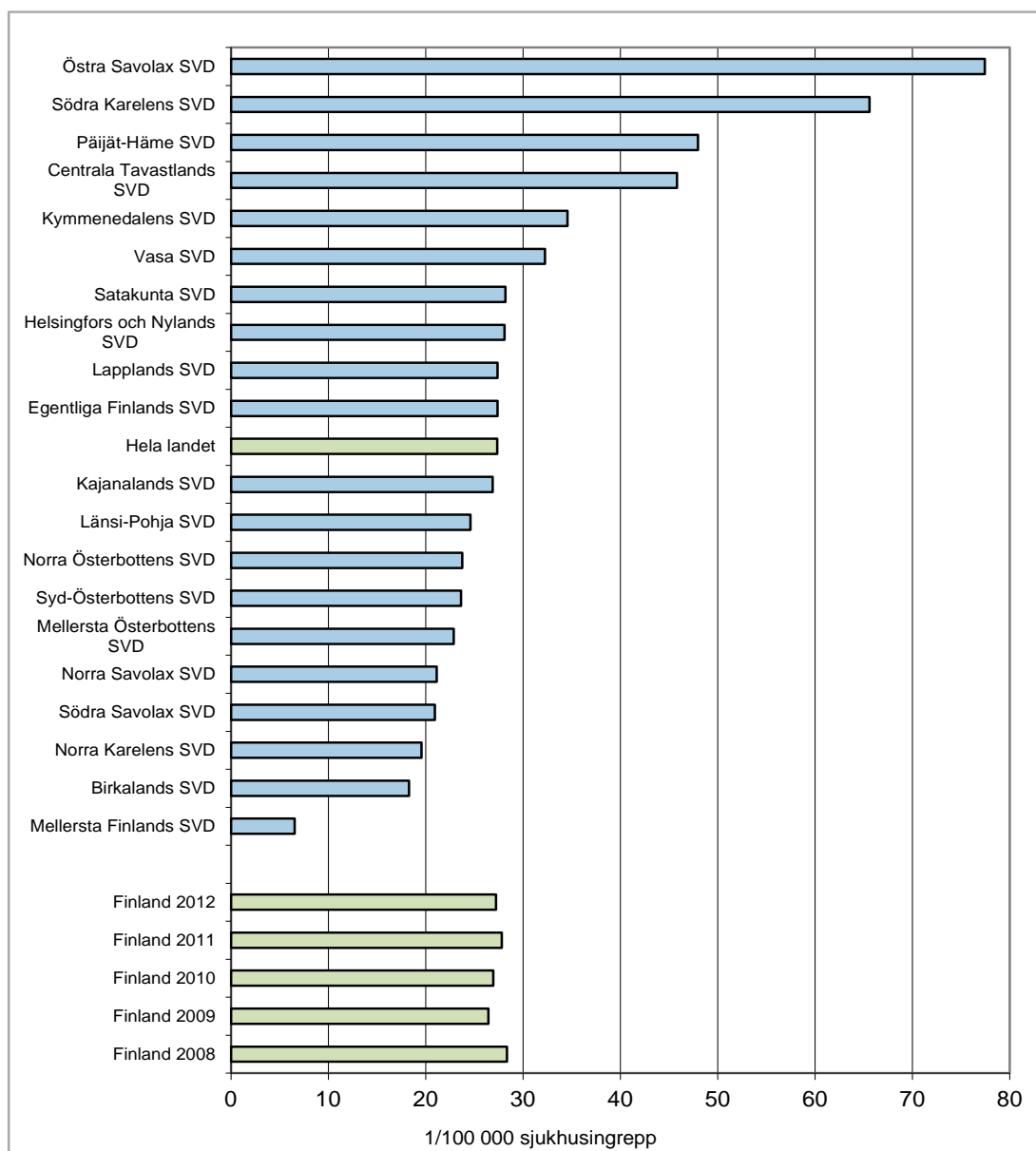
\* OECD-talen har standardiserats enligt antalet bidiagnoser, och de är inte direkt jämförbara med de nationella talen.

Källa: OECD Health at a Glance 2013.

**Diagram 25. Postoperativ blodförgiftning (sepsis) per 100 000 sjukhusingrepp enligt sjukvårdsdistrikt 2008–2012**



**Diagram 26. Skärsår eller laceration av misstag i samband med ett ingrepp per 100 000 sjukhusingrepp enligt sjukvårdsdistrikt 2008–2012**



## 5. Cancersjukdomar

Med OECD:s kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvården följs framgången för cancervården i hela vårdkedjan, från förebyggandet av sjukdomar till förmågan att vårda svårt sjuka patienter. Cancerdödligheten, överlevnadstalen och den andel av befolkningen som deltagit i screening används som indikatorer. Denna rapport innehåller data enligt sjukvårdsdistrikt vad gäller screeningen. Cancerregistret publicerar omfattande regional data över dödlighets- och överlevnadstalen för cancersjukdomar. Till denna del finns regionala indikatortal i webbtjänsten för Cancerregistret<sup>5</sup>. De finländska cancerdödlighetstalen ligger under snittet för OECD-länderna vad gäller cancersjukdomar som kan vara föremål för screening. Under 2011 var den åldersstandardiserade dödligheten i livmoderhalscancer i Finland (1,4/100 000 kvinnor) bland de lägsta i OECD-länderna, klart under snittet för OECD-länderna (3,7/100 000 kvinnor). Också den finländska åldersstandardiserade bröstcancerdödligheten (23,1/100 000 kvinnor) ligger under snittet för OECD-länderna (26,3/100 000 kvinnor).

<sup>5</sup> <http://www.cancer.fi/syoparekisteri/se/statistik/>

I förhållande till OECD-länderna ligger den finländska relativa femårsöverlevnaden för

livmoderhalscancer (65 %) under perioden 2006–2011 en aning under snittet för OECD-länderna (66 %). Vad gäller bröstcancer ligger det finländska talet (86 %) lite över snittet för OECD-länderna (84 %).

Knappt 60 % av kvinnorna i åldern 20–60 år deltog i massundersökning av livmoderhalscancer i OECD-länderna 2011 (Diagram 27). I Finland låg andelen på 68 %, men siffran har sjunkit en aning under de senaste åren. Av de personer i åldern 30–60 år som hör till åldersgrupperna enligt förordningen om screening fick 99,4 % en inbjudan till screening (Diagram 28). Enligt sjukvårdsdistrikt varierade andelen mellan 98 % och 100 % under åren 1999–2001. Av de inbjudna kom 67,7 % till screening. Bland sjukvårdsdistrikten låg screeningdeltagandet på högsta nivå i Östra Savolax, Södra Österbotten och Södra Savolax (76–77 %) och på lägsta nivå på Åland och i Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (61 %).

Knappt 62 % av kvinnorna deltog i massundersökning av bröstcancer i OECD-länderna under 2011 (Diagram 29). Finland hade den högsta andelen bland OECD-länderna: 85 %. Under 1999–2001 fick 85 % av kvinnorna i åldern 50–69 år en inbjudan till bröstcancerscreening. Andelen varierade stort enligt sjukvårdsdistrikt, från 97–100 % i Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt till 73–74 % i Södra Karelen och Östra Savolax sjukvårdsdistrikt (Diagram 30). Av de inbjudna kom 85 % till screening. Enligt sjukvårdsdistrikt var skillnaderna små (85–90 %) med undantag för Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (79 %).

När resultaten granskas ska det observeras att det antal personer som bjudits in till massundersökning av bröstcancer under vissa år avviker från det antal personer som bjudits in under en screeningomgång som ordnas vartannat år. Detta beror bland annat på att en del av kommunerna bjuder in kvinnorna till screening under jämna år och en del på ojämna år, då kvinnor födda under samma år kan få en inbjudan under olika år i olika kommuner. Enligt förordningen om screening ska kvinnor i åldern 50–69 år från 2007 bjudas in till screening med två års mellanrum på så sätt att kvinnor födda 1947 eller därefter får en inbjudan tills de fyller 69 år. Kommunerna har tolkat förordningen på olika sätt, en del av kommunerna har bjudit in alla kvinnor i åldern 50–69 år med två års mellanrum redan nu, medan en del av kommunerna iakttagit förordningen och bjudit in endast kvinnor födda 1947 eller därefter. Följaktligen varierar täckningen, det vill säga andelen kvinnor som fått en inbjudan i åldern 50–69 år av hela den kvinnliga befolkningen i denna ålder, enligt sjukvårdsdistrikt.

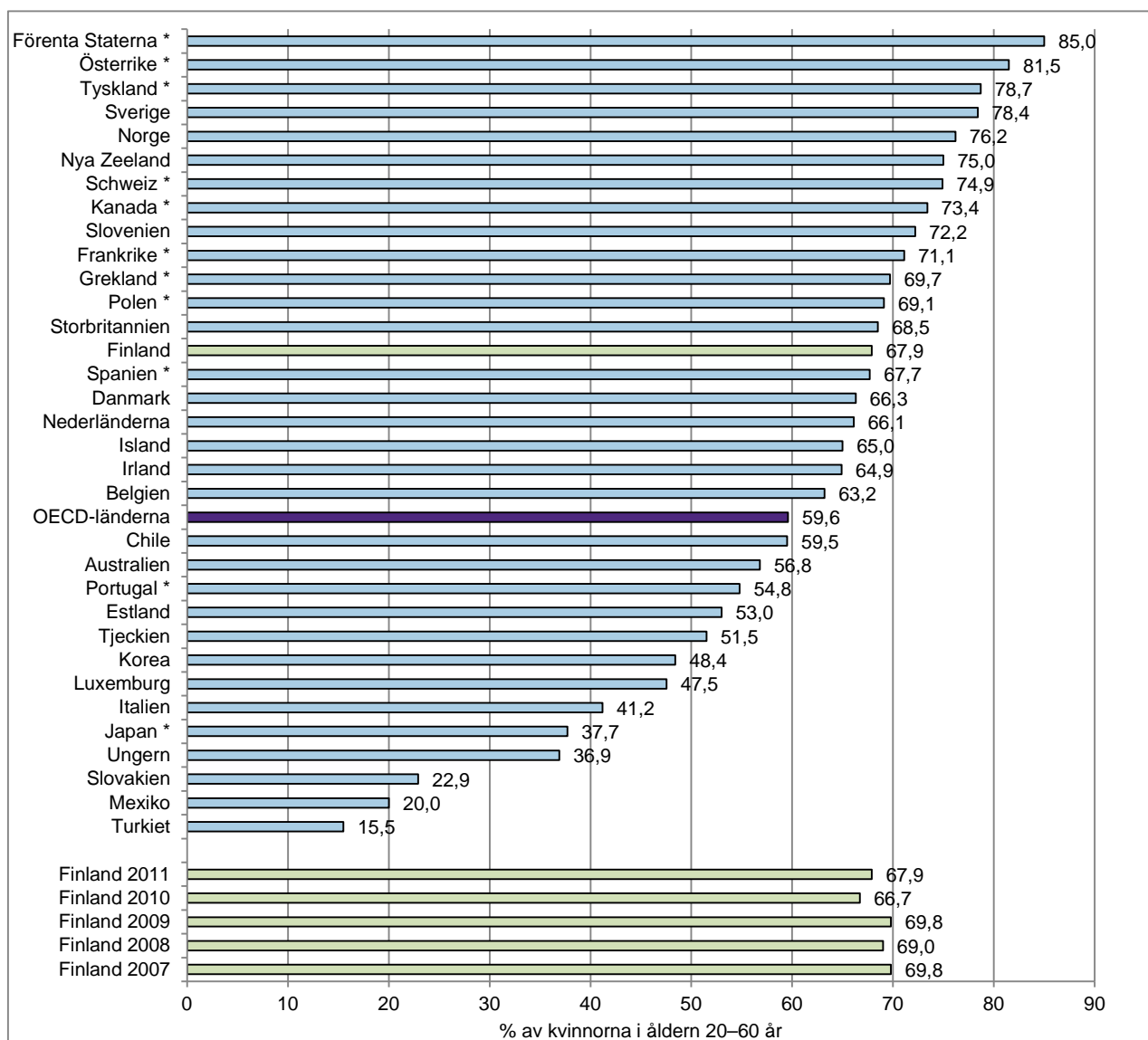
OECD:s kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvården omfattar också dödligheten i tjocktarmscancer och den relativa femårsöverlevnaden. Den relativa överlevnaden har förbättrats i OECD-länderna. Åren 2001–2006 låg den på 58,0 % och 2006–2011 var motsvarande siffra 61,3 %. I Finland var siffrorna under motsvarande tidsperiod 61,3 % och 63,8 %. Även om Finland ligger klart över OECD-snittet, finns det skäl att observera att könsskillnaderna är tydliga. En granskning enligt kön av talen för tidsperioden 2006–2011 visar att den relativa överlevnaden för män (61,3 %) ligger under snittet för OECD-länderna (63,3 %), men att talet för kvinnor (66,7 %) ligger över snittet för OECD-länderna (61,0 %). I OECD är dödlighetstalet för tjocktarmscancer 2011

i snitt 28,3 cancerdödsfall per 100 000 invånare. På motsvarande sätt uppgick antalet cancerdödsfall till 25,0 år 2011. Statistiska siffror om olika länder finns i OECD:s statistikdatabas<sup>6</sup>. En del av länderna har tagit i bruk screening av tjocktarmscancer. Den metod där man letar efter blod i ett avföringsprov är inte en del av det nationella screeningsprogrammet, men flera kommuner är med i ett program som utvärderar effekten av denna screening. Ifall denna screening tas med i screeningsprogrammet, lämpar sig andelen personer som deltagit i denna screening av de inbjudna personerna som kvalitetsindikator.

<sup>6</sup> OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>



**Diagram 27. Andel kvinnor i åldern 20–60 år som deltagit i massundersökning av livmoderhalscancer av de inbjudna kvinnorna i OECD-länderna 2011 och i Finland 2007–2011, %**

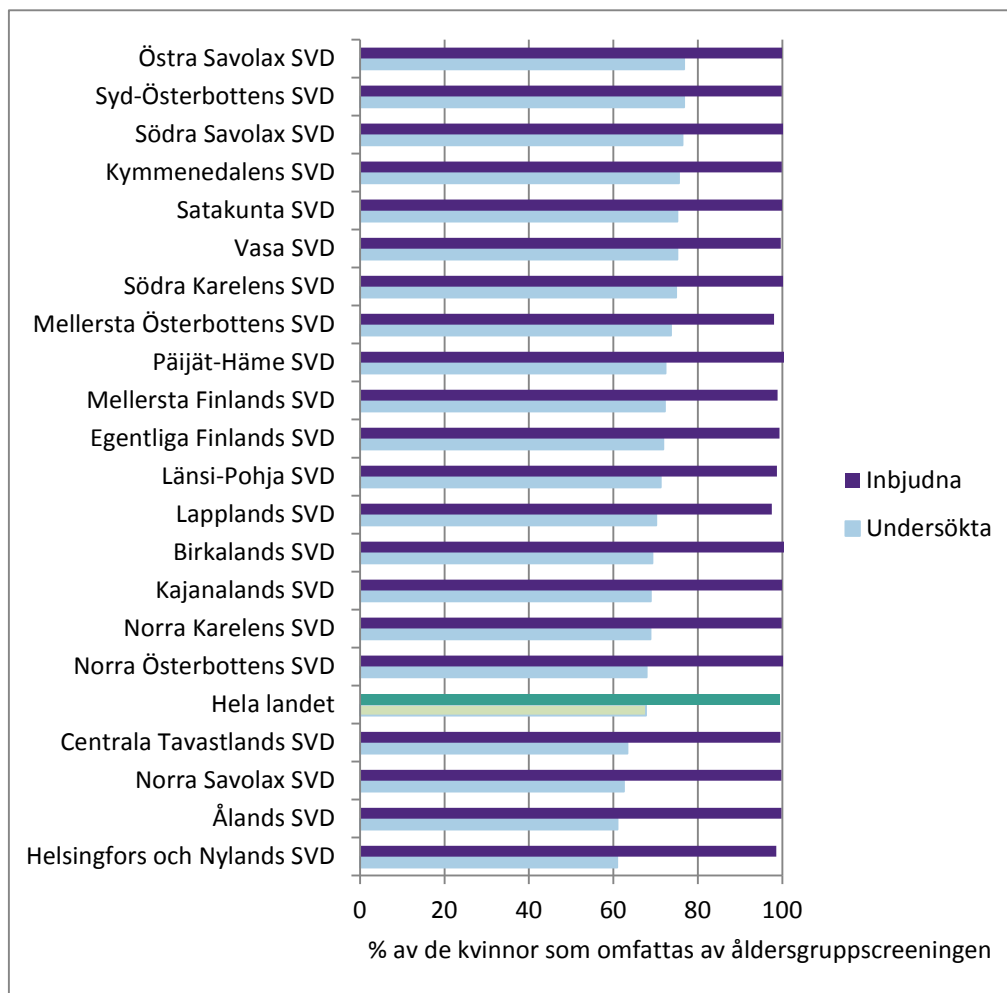


\* Data grundar sig på en enkät.

Data från Island och Luxemburg är treårssnitt.

Källa: OECD Health at a Glance 2013.

**Diagram 28. Kvinnor i åldern 30–60 år som bjudits in till massundersökning av livmoderhalscancer och undersökts enligt sjukvårdsdistrikt 2009–2011, %**

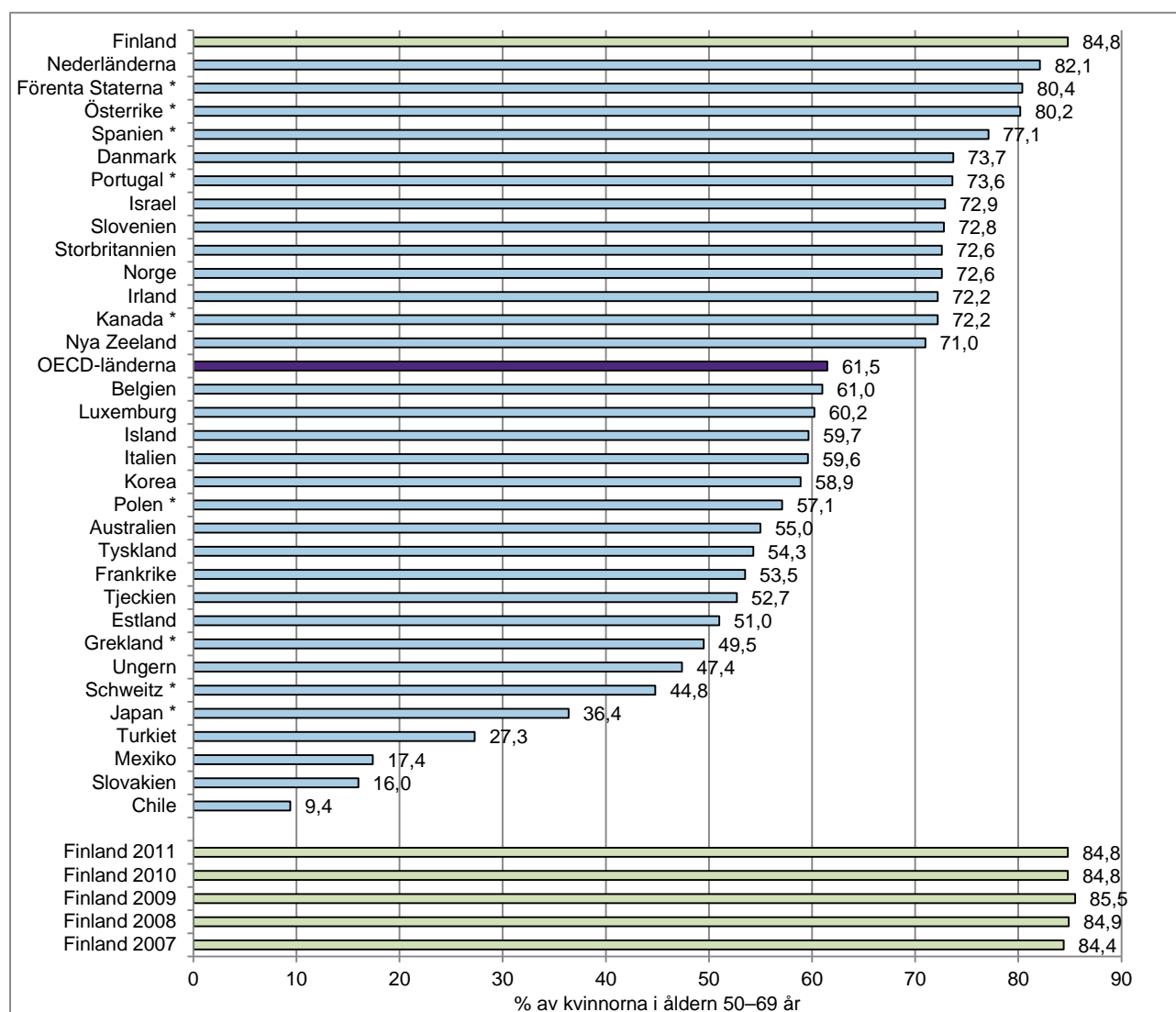


Inbjudna: Kvinnor som bjudits in till åldersgruppscreening.

Undersökta: Kvinnor som granskats vid åldergruppscreening.

Källa: OECD Health at a Glance 2013.

**Diagram 29. Andelen kvinnor i åldern 50–69 år som deltagit massundersökning av bröstcancer av de inbjudna kvinnorna i OECD-länderna 2011 och i Finland 2007–2011, %**

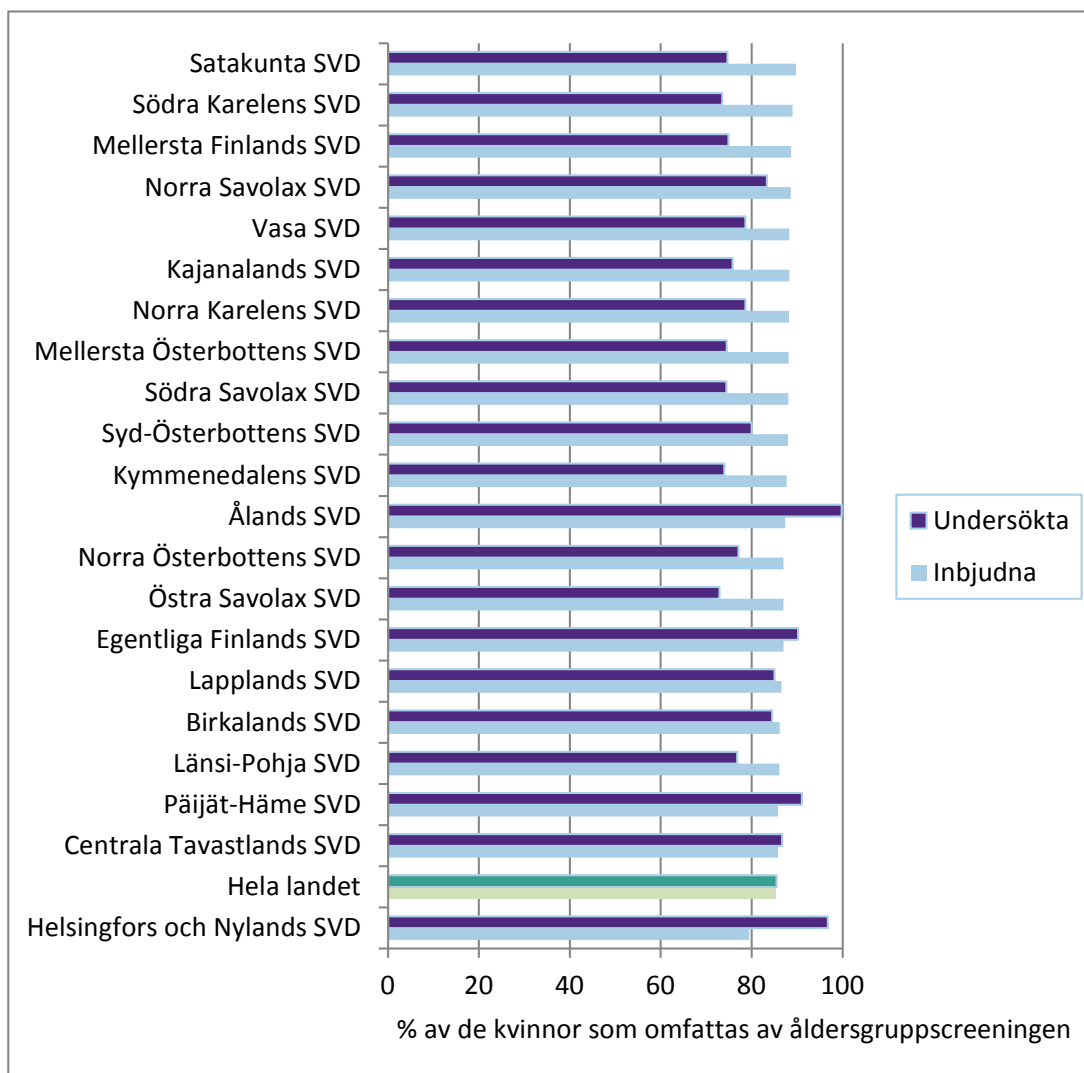


\* Data grundar sig på en enkät.

Data från Island och Luxemburg är treårssnitt.

Källa: OECD Health at a Glance 2013.

**Diagram 30. Andel kvinnor som deltagit i massundersökning av bröstcancer av de inbjudna kvinnorna och screeningsprogrammets täckningsgrad (inbjudan vartannat år) enligt sjukvårdsdistrikt 2009– 2011, %**



Inbjudna: Kvinnor som bjudits in till åldersgruppscreening.

Undersökta: Kvinnor som granskats vid åldersgruppscreening.

## **Begrepp:**

**Vårdperiod:** Med vårdperiod (period) avses i denna statistikrapport den tidsperiod då en patient är inskriven vid en bäddavdelning på ett sjukhus.

**Huvuddiagnos:** Som huvuddiagnos antecknas den sjukdom (sjukdom, fel, skada eller biverkan av ett kemiskt ämne) som krävt mest resurser under vårdperioden.

**Bidiagnos:** Med bidiagnos avses primärsjukdomar och andra associerade sjukdomar samt komplikationer som förekommer samtidigt med huvuddiagnosen och påverkar vården av patienten.

**Diabeteskomplikationer:** Med direkta diabeteskomplikationer avses akuta problem i kroppsfunctionerna på grund av glukosomsättningsstörningar såsom hyperglykemi, ketoacidosis och koma. Långsiktiga komplikationer, det vill säga följsjukdomar, är kroniska ändringar i kroppen på grund av glukosomsättningsstörningar. Sådana förändringar kan ske till exempel i ögonen, njurarna, nervsystemet, blodkärlen och lederna. I vårdanmälningarna inom hälso- och sjukvården antecknas komplikationstypen med koder enligt sjukdomsklassificeringen ICD-10 (alla koder E10–E14 förutom koderna för diabetes utan komplikationer E10.9, E11.9, E12.9 och E13.9).

**Konfidensintervall:** Konfidensintervallerna redogör för felmarginalen för tal som räknats utifrån ett obundet slumpmässigt urval. Felmarginaler på 95 % kan räknas på bägge sidor om det relationstal som bedömts utifrån urvalet, t.ex. ett snitt eller ett procenttal. Konfidensintervallet fastställer de gränser, som inrymmer 95 % av snitten eller procenttalen, om studien upprepas ett oändligt antal gånger.

**Överdödlighet:** Den relativa dödligheten i den befolkningsgrupp som är föremål för studien, vilken är högre än dödligheten för hela befolkningen.

**Spontan vaginal förlossning:** Vaginal förlossning utan användning av sugklocka eller tång.

**Tredje eller fjärde gradens förlossningsbristningar:** Tredje eller fjärde gradens bristningar vid vaginal förlossning (ICD-10: O70.2 eller O70.3).

**Cancerdödlighet:** Det antal dödsfall där den statistiska dödsorsaken är en malign tumör (ICD-10: C00–C97), per 100 000 invånare.

**Relativ överlevnad:** Den relativa överlevnaden är ett relationstal för den andel patienter som är vid liv efter en viss tid efter diagnosen i förhållande till andelen personer av samma kön av befolkningen i samma ålder som är vid liv under samma uppföljningsår.

**Kvinnor som bjudits in till massundersökning** Det antal kvinnor i åldersgrupperna enligt förordningen om screening vilka bjudits in till screening av livmoderhalscancer vart femte år och till screening av bröstcancer vartannat år.

**Kvinnor som deltagit i en massundersökning** Kvinnor som deltagit i screening av livmoderhalscancer och bröstcancer.

## **Litteratur:**

Arah O m.fl. A Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. International Journal for Quality in Health Care, Vol 18, Supplement No. 1 ss. 5–13, 2006.

Drosler SE. Facilitating cross-national comparisons of indicators for patient safety at the healthsystem level in the OECD countries. OECD Health Technical Papers no. 19, 2008. s. 7-17.  
<http://www.oecd.org/dataoecd/24/48/40401929.pdf>.

Gissler M, Hämäläinen P, Jääskeläinen M, Larivaara M, Punto T, Rasilainen J, Vuori A:  
Sjukdomsstatistik och OECD:s kvalitetsindikatorer i Finland. THL Rapport 2012.  
54.

OECD Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing.

[http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en).

## **Bilagetabeller:**

Bilagetabell 1. Kvalitetsindikatorer för primärvården enligt sjukvårdsdistrikt 2012

Bilagetabell 2. Kvalitetsindikatorer för mentalvården enligt sjukvårdsdistrikt 2012

Bilagetabell 3. Kvalitetsindikatorer som mäter patientsäkerheten enligt sjukvårdsdistrikt 2008–2012

Bilagetabell 4. Kvalitetsindikatorer för cancerscreening enligt sjukvårdsdistrikt 2009–2011

# Bilagetabell 1. Kvalitetsindikatorer för primärvården enligt sjukvårdsdistrikt 2012

I Bäckavdelningsvård på ett sjukhus på grund av astma bland personer som fyllt 15 år per 100 000 invånare enligt sjukvårdsdistrikt 2012, 1/100 000

II Bäckavdelningsvård på ett sjukhus på grund av kroniskt obstruktiv lungsjukdom bland personer som fyllt 15 år per 100 000 invånare enligt sjukvårdsdistrikt 2012, 1/100 000

III Bäckavdelningsvård på ett sjukhus på grund av hjärtsvikt bland personer som fyllt 15 år per 100 000 invånare enligt sjukvårdsdistrikt 2012, 1/100 000

IV Bäckavdelningsvård på ett sjukhus på grund av diabetes med diabetes som huvuddiagnos och utan anteckningar om diabeteskomplikationer enligt sjukvårdsdistrikt 1100 000

V Bäckavdelningsvård på ett sjukhus på grund av högt blodtryck bland personer som fyllt 15 år per 100 000 invånare enligt sjukvårdsdistrikt 2012, 1/100 000

		I			II			III			IV			V		
		Ostandar- diserad	Ålder- standar- diserad	Antal patien- ter	Ostandar- diserad	Ålder- standar- diserad	Antal patien- ter	Ostandar- diserad	Ålder- standar- diserad	Antal patien- ter	Ostandar- diserad	Ålder- standar- diserad	Antal patien- ter	Ostandar- diserad	Ålder- standar- diserad	Antal patien- ter
Hela landet	total	65,75	66,26	3 387	157,86	149,08	8 132	319,83	300,33	16 476	61,46	63,2	3 166	82,52	78,0	4 251
	kvinnor	89,66	81,46	2 357	108,22	91,88	2 845	358,42	263,28	9 422	57,21	52,0	1 504	112,79	88,2	2 965
	män	40,37	48,01	1 030	207,23	232,59	5 287	276,49	343,33	7 054	65,14	76,3	1 662	50,41	60,5	1 286
Helsingfors och Nylands SVD	total	45,56	56,45	708	122,14	151,12	1 898	169,57	224,72	2 635	25,61	32,8	398	39,00	49,9	606
	kvinnor	65,54	73,60	525	98,37	105,70	788	191,99	197,48	1 538	23,97	27,4	192	50,06	52,5	401
	män	24,31	37,41	183	147,44	217,21	1 110	145,71	260,52	1 097	27,36	40,0	206	27,23	43,8	205
Egentliga Finlands SVD	total	38,40	38,86	181	158,07	149,13	745	307,24	280,34	1 448	76,39	80,5	360	85,30	78,4	402
	kvinnor	52,88	48,55	128	105,35	90,38	255	325,15	231,26	787	74,78	71,5	181	112,79	84,4	273
	män	23,12	27,07	53	213,73	233,43	490	288,32	339,72	661	78,08	88,6	179	56,27	64,1	129
Satakunta SVD	total	39,09	35,28	88	227,44	188,23	512	350,93	282,38	790	93,28	95,0	210	114,16	95,8	257
	kvinnor	60,34	47,22	69	156,54	118,33	179	403,17	254,10	461	81,33	71,9	93	162,67	111,4	186
	män	17,15	19,50	19	300,61	292,90	333	297,00	319,60	329	105,62	120,3	117	64,10	69,5	71
Centrala Tavastlands SVD	total	46,76	47,26	82	120,33	110,20	211	331,34	292,33	581	35,36	37,2	62	50,19	44,9	88
	kvinnor	71,52	68,68	64	78,23	63,90	70	391,13	270,30	350	27,94	28,4	25	75,99	55,2	68
	män	20,96	25,35	18	164,21	176,85	141	269,02	313,21	231	43,09	49,3	37	23,29	27,9	20
Birkalands SVD	total	34,09	36,04	176	120,85	120,07	624	314,33	302,04	1 623	69,53	75,0	359	61,78	60,1	319
	kvinnor	46,43	43,45	122	79,54	69,92	209	371,05	275,08	975	68,50	66,4	180	88,29	70,4	232
	män	21,30	26,81	54	163,67	192,27	415	255,56	330,10	648	70,59	84,1	179	34,31	41,9	87
Päijät-Häme SVD	total	52,01	53,52	111	117,15	104,55	250	286,31	256,64	611	64,20	66,2	137	71,70	64,9	153
	kvinnor	77,35	76,30	85	95,55	76,08	105	315,77	217,91	347	62,79	56,5	69	93,73	68,4	103
	män	25,12	26,13	26	140,08	146,38	145	255,04	301,43	264	65,69	75,7	68	48,30	57,6	50
Kymmenedals SVD	total	45,23	42,74	79	115,66	97,40	202	266,25	217,42	465	26,91	28,7	47	87,61	76,2	153
	kvinnor	59,78	45,33	53	92,49	67,87	82	296,65	187,52	263	22,56	21,1	20	92,49	64,8	82
	män	30,24	36,41	26	139,55	136,71	120	234,91	257,60	202	31,40	35,4	27	82,57	95,3	71

I Bäddavdelningsvård på ett sjukhus på grund av astma bland personer som fyllt 15 år per 100 000 invånare enligt sjukvårdsdistrikt 2012, 1/100 000

II Bäddavdelningsvård på ett sjukhus på grund av kroniskt obstruktiv lungsjukdom bland personer som fyllt 15 år per 100 000 invånare enligt sjukvårdsdistrikt 2012, 1/100 000

III Bäddavdelningsvård på ett sjukhus på grund av hjärtsvikt bland personer som fyllt 15 år per 100 000 invånare enligt sjukvårdsdistrikt 2012, 1/100 000

IV Bäddavdelningsvård på ett sjukhus på grund av diabetes med diabetes som huvuddiagnos och utan anteckningar om diabeteskomplikationer enligt sjukvårdsdistrikt 1100 000

V Bäddavdelningsvård på ett sjukhus på grund av högt blodtryck bland personer som fyllt 15 år per 100 000 invånare enligt sjukvårdsdistrikt 2012, 1/100 000

		I			II			III			IV			V		
		Ostendar- diserad	Ålder- standar- diserad	Antal patien- ter	Ostendar- diserad	Ålder- standar- diserad	Antal patien- ter	Ostendar- diserad	Ålder- standar- diserad	Antal patien- ter	Ostendar- diserad	Ålder- standar- diserad	Antal patien- ter	Ostendar- diserad	Ålder- standar- diserad	Antal patien- ter
Södra Karelens SVD	total	49,83	45,70	66	144,22	117,43	191	351,85	276,93	466	67,20	63,8	89	46,81	38,0	62
	kvinnor	74,77	58,05	50	104,68	74,77	70	415,74	250,01	278	44,86	36,0	30	61,31	40,9	41
	män	24,40	28,76	16	184,53	184,81	121	286,71	310,37	188	89,98	101,9	59	32,03	31,1	21
Södra Savolax SVD	total	117,95	107,68	124	140,78	109,06	148	744,82	565,53	783	88,46	90,9	93	112,25	85,6	118
	kvinnor	159,19	139,73	85	69,30	49,08	37	717,30	417,35	383	86,15	81,7	46	161,07	96,8	86
	män	75,39	82,45	39	214,57	210,54	111	773,22	742,55	400	90,85	105,8	47	61,86	73,2	32
Östra Savolax SVD	total	53,26	48,23	24	117,61	85,75	53	474,89	330,24	214	64,35	54,0	29	102,08	70,6	46
	kvinnor	56,41	48,52	13	52,07	34,68	12	529,38	285,74	122	56,41	41,5	13	117,16	66,9	27
	män	49,96	52,73	11	186,22	154,59	41	417,86	375,12	92	72,67	69,7	16	86,30	73,9	19
Norra Karelens SVD	total	162,72	146,64	276	149,16	124,61	253	432,75	361,58	734	112,61	108,6	191	94,92	79,9	161
	kvinnor	192,38	152,81	164	85,63	63,96	73	567,75	368,86	484	103,23	81,0	88	137,25	94,6	117
	män	132,76	136,11	112	213,36	208,77	180	296,33	333,63	250	122,09	139,5	103	52,15	55,3	44
Norra Savolax SVD	total	104,36	101,47	259	152,71	135,74	379	551,21	469,54	1 368	90,66	90,2	225	105,16	94,0	261
	kvinnor	146,49	126,23	184	80,41	68,21	101	594,72	389,66	747	87,58	73,1	110	143,31	110,1	180
	män	61,19	68,46	75	226,80	232,30	278	506,62	551,84	621	93,82	106,9	115	66,08	68,2	81
Mellersta Finlands SVD	total	94,05	99,64	235	144,88	141,60	362	387,40	382,53	968	51,23	56,6	128	76,44	76,3	191
	kvinnor	135,26	130,03	171	84,63	76,01	107	438,20	333,16	554	41,13	39,4	52	121,02	101,5	153
	män	51,85	63,32	64	206,57	231,41	255	335,38	438,63	414	61,57	73,2	76	30,78	37,9	38
Syd-Österbottens SVD	total	63,38	59,67	126	171,02	148,59	340	308,34	249,44	613	93,56	84,2	186	182,09	151,6	362
	kvinnor	65,02	52,08	65	103,03	82,19	103	396,11	244,56	396	77,02	56,8	77	257,07	169,5	257
	män	61,72	71,48	61	239,79	254,90	237	219,56	252,40	217	110,29	123,7	109	106,24	113,6	105
Vasa SVD	total	79,86	76,07	134	212,75	192,07	357	387,96	326,38	651	56,02	55,4	94	128,72	114,5	216
	kvinnor	112,46	92,68	94	116,05	94,92	97	429,49	285,04	359	56,23	48,3	47	171,08	126,2	143
	män	47,50	52,07	40	308,74	333,26	260	346,74	382,49	292	55,81	65,8	47	86,69	100,2	73



I Bäddavdelningsvård på ett sjukhus på grund av astma bland personer som fyllt 15 år per 100 000 invånare enligt sjukvårdsdistrikt 2012, 1/100 000

II Bäddavdelningsvård på ett sjukhus på grund av kroniskt obstruktiv lungsjukdom bland personer som fyllt 15 år per 100 000 invånare enligt sjukvårdsdistrikt 2012, 1/100 000

III Bäddavdelningsvård på ett sjukhus på grund av hjärtsvikt bland personer som fyllt 15 år per 100 000 invånare enligt sjukvårdsdistrikt 2012, 1/100 000

IV Bäddavdelningsvård på ett sjukhus på grund av diabetes med diabetes som huvuddiagnos och utan anteckningar om diabeteskomplikationer enligt sjukvårdsdistrikt 1100 000

V Bäddavdelningsvård på ett sjukhus på grund av högt blodtryck bland personer som fyllt 15 år per 100 000 invånare enligt sjukvårdsdistrikt 2012, 1/100 000

		I			II			III			IV			V		
		Ostandar- diserad	Ålder- standar- diserad	Antal patien- ter	Ostandar- diserad	Ålder- standar- diserad	Antal patien- ter	Ostandar- diserad	Ålder- standar- diserad	Antal patien- ter	Ostandar- diserad	Ålder- standar- diserad	Antal patien- ter	Ostandar- diserad	Ålder- standar- diserad	Antal patien- ter
Mellersta Österbottens SVD	total	88,24	84,38	69	240,41	226,13	188	191,82	174,31	150	56,27	62,3	44	217,39	207,0	170
	kvinnor	106,66	86,11	42	200,62	172,85	79	213,31	149,66	84	45,71	50,1	18	312,35	247,3	123
	män	69,55	76,65	27	280,78	312,34	109	170,01	206,14	66	66,97	78,6	26	121,07	143,0	47
Norra Österbottens SVD	total	68,32	82,62	273	168,43	191,29	673	292,06	342,35	1 167	51,05	60,9	204	103,61	122,1	414
	kvinnor	95,31	102,32	189	106,40	111,96	211	316,68	297,23	628	51,44	54,4	102	156,83	155,1	311
	män	41,73	57,02	84	229,54	302,16	462	267,79	394,10	539	50,68	66,5	102	51,17	70,8	103
Kajanalands SVD	total	101,66	91,74	79	212,33	172,12	165	226,48	183,38	176	78,50	75,0	61	66,92	57,5	52
	kvinnor	141,71	117,72	55	123,67	93,59	48	288,57	185,05	112	90,18	84,7	35	90,18	67,2	35
	män	61,70	61,48	24	300,79	279,44	117	164,54	166,22	64	66,84	69,3	26	43,71	47,2	17
Länsi-Pohja SVD	total	58,62	54,92	38	177,40	156,44	115	532,21	462,35	345	120,32	117,5	78	117,24	102,6	76
	kvinnor	61,76	49,83	20	138,97	108,27	45	629,98	424,85	204	151,32	127,6	49	176,02	128,1	57
	män	55,48	59,93	18	215,77	237,21	70	434,62	485,88	141	89,39	97,6	29	58,57	62,1	19
Lapplands SVD	total	205,48	211,63	243	326,39	288,34	386	487,90	453,81	577	129,37	129,8	153	106,54	100,3	126
	kvinnor	290,57	271,39	171	251,49	208,91	148	508,08	394,13	299	118,95	104,1	70	132,54	109,3	78
	män	121,19	135,66	72	400,59	405,78	238	467,91	520,89	278	139,70	159,8	83	80,79	89,9	48

## Bilagetabell 2. Kvalitetsindikatorer för mentalvården enligt sjukvårdsdistrikt 2012

I Oplanerad återintagning till en bäddavdelning inom 30 dagar efter utskrivningen av patienter som vårdats på grund av schizofreni enligt sjukvårdsdistrikt 2012, % av de utskrivna, vilket sjukhus som helst

II Oplanerad återintagning till en bäddavdelning inom 30 dagar efter utskrivningen av patienter som vårdats på grund av schizofreni enligt sjukvårdsdistrikt 2012, % av de utskrivna, samma sjukhus

III Oplanerad återintagning till en bäddavdelning inom 30 dagar efter utskrivningen av patienter som vårdats på grund av bipolär sjukdom enligt sjukvårdsdistrikt 2012, % av de utskrivna, vilket sjukhus som helst

IV Oplanerad återintagning till en bäddavdelning inom 30 dagar efter utskrivningen av patienter som vårdats på grund av bipolär sjukdom enligt sjukvårdsdistrikt 2012, % av de utskrivna, samma sjukhus

		I		II		III		IV	
		Ålderstan- dardiserad	Antal patienter	Ålderstan- dardiserad	Antal patienter	Ålderstan- dardiserad	Antal patienter	Ålderstan- dardiserad	Antal patienter
Hela landet	total	8,07	644	7,12	558	8,95	286	6,84	218
	kvinnor	8,82	318	7,82	273	9,34	159	7,08	121
	män	7,39	326	6,49	285	8,43	127	6,54	97
Helsingfors och Nylands SVD	total	7,99	177	7,31	160	9,15	85	7,56	71
	kvinnor	8,40	81	7,80	75	8,96	46	6,78	36
	män	7,64	96	6,88	85	9,18	39	8,38	35
Egentliga Finlands SVD	total	6,11	33	5,00	26	8,02	25	5,16	17
	kvinnor	7,14	19	6,32	16	10,06	15	7,00	11
	män	5,11	14	3,66	10	5,91	10	3,24	6
Satakunta SVD	total	7,54	25	6,49	22	7,02	7	2,44	3
	kvinnor	9,41	16	8,44	15	5,69	3	2,77	2
	män	5,65	9	4,38	7	8,32	4	2,13	1
Centrala Tavastlands SVD	total	9,90	19	9,90	19	12,13	13	12,13	13
	kvinnor	7,22	5	7,22	5	18,40	11	18,40	11
	män	13,38	14	13,38	14	5,55	2	5,55	2
Birkalands SVD	total	7,91	54	7,35	50	9,25	25	6,12	17
	kvinnor	9,60	31	8,94	29	8,18	11	5,88	9
	män	6,19	23	5,73	21	9,96	14	5,91	8
Päijät-Häme SVD	total	5,77	18	5,62	17	8,32	7	7,21	5
	kvinnor	8,03	10	8,03	10	8,04	6	5,93	4
	män	3,62	8	3,30	7	8,32	1	8,32	1
Kymmenedals SVD	total	2,61	6	2,34	5	0,00	0	0,00	0
	kvinnor	3,36	3	3,36	3	0,00	0	0,00	0
	män	1,88	3	1,34	2	0,00	0	0,00	0
Södra Karelens SVD	total	11,13	27	10,09	23	10,33	6	9,31	5
	kvinnor	10,34	12	8,36	8	18,62	5	16,85	4
	män	11,99	15	11,99	15	1,72	1	1,72	1

I Oplanerad återintagning till en bäddavdelning inom 30 dagar efter utskrivningen av patienter som vårdats på grund av schizofreni enligt sjukvårdsdistrikt 2012, % av de utskrivna, vilket sjukhus som helst  
 II Oplanerad återintagning till en bäddavdelning inom 30 dagar efter utskrivningen av patienter som vårdats på grund av schizofreni enligt sjukvårdsdistrikt 2012, % av de utskrivna, samma sjukhus  
 III Oplanerad återintagning till en bäddavdelning inom 30 dagar efter utskrivningen av patienter som vårdats på grund av bipolär sjukdom enligt sjukvårdsdistrikt 2012, % av de utskrivna, vilket sjukhus som helst  
 IV Oplanerad återintagning till en bäddavdelning inom 30 dagar efter utskrivningen av patienter som vårdats på grund av bipolär sjukdom enligt sjukvårdsdistrikt 2012, % av de utskrivna, samma sjukhus

		I		II		III		IV	
		Ålderstan-	Antal	Ålderstan-	Antal	Ålderstan-	Antal	Ålderstan-	Antal
		dardiserad	patienter	dardiserad	patienter	dardiserad	patienter	dardiserad	patienter
Södra Savolax SVD	total	8,64	10	4,96	6	0,00	0	0,00	0
	kvinnor	4,22	3	1,75	1	0,00	0	0,00	0
	män	13,11	7	8,25	5	0,00	0	0,00	0
Östra Savolax SVD	total	3,95	4	3,95	4	0,00	0	0,00	0
	kvinnor	3,76	2	3,76	2	0,00	0	0,00	0
	män	4,18	2	4,18	2	0,00	0	0,00	0
Norra Karels SVD	total	8,22	23	7,63	21	5,51	9	4,45	7
	kvinnor	10,54	12	10,00	11	6,14	5	6,14	5
	män	6,01	11	5,38	10	4,60	4	2,41	2
Norra Savolax SVD	total	9,32	47	7,84	40	11,42	28	10,50	26
	kvinnor	8,79	21	6,85	16	9,66	12	8,78	11
	män	9,80	26	8,81	24	13,16	16	12,76	15
Mellersta Finlands SVD	total	3,70	12	2,64	8	5,15	9	3,66	6
	kvinnor	4,17	6	3,29	4	3,31	4	2,12	2
	män	3,20	6	1,95	4	7,07	5	5,23	4
Syd-Österbottens SVD	total	11,34	53	10,22	46	9,16	13	4,54	6
	kvinnor	10,62	28	9,32	24	9,39	7	0,74	1
	män	12,08	25	11,20	22	9,20	6	8,57	5
Vasa SVD	total	7,07	22	6,12	19	9,97	5	6,50	5
	kvinnor	7,13	11	6,42	10	17,51	3	11,08	3
	män	6,95	11	5,82	9	2,67	2	1,94	2
Mellersta Österbottens SVD	total	5,32	8	4,24	6	0,00	0	0,00	0
	kvinnor	4,33	4	2,19	2	0,00	0	0,00	0
	män	6,20	4	6,20	4	0,00	0	0,00	0
Norra Österbottens SVD	total	6,34	48	5,45	40	11,07	25	6,10	14
	kvinnor	7,65	28	6,51	23	13,00	17	7,08	9
	män	5,07	20	4,43	17	9,15	8	5,07	5

I Oplanerad återintagning till en bäddavdelning inom 30 dagar efter utskrivningen av patienter som vårdats på grund av schizofreni enligt sjukvårdsdistrikt 2012, % av de utskrivna, vilket sjukhus som helst

II Oplanerad återintagning till en bäddavdelning inom 30 dagar efter utskrivningen av patienter som vårdats på grund av schizofreni enligt sjukvårdsdistrikt 2012, % av de utskrivna, samma sjukhus

III Oplanerad återintagning till en bäddavdelning inom 30 dagar efter utskrivningen av patienter som vårdats på grund av bipolär sjukdom enligt sjukvårdsdistrikt 2012, % av de utskrivna, vilket sjukhus som helst

IV Oplanerad återintagning till en bäddavdelning inom 30 dagar efter utskrivningen av patienter som vårdats på grund av bipolär sjukdom enligt sjukvårdsdistrikt 2012, % av de utskrivna, samma sjukhus

		I		II		III		IV	
		Ålderstan- dardiserad	Antal patienter	Ålderstan- dardiserad	Antal patienter	Ålderstan- dardiserad	Antal patienter	Ålderstan- dardiserad	Antal patienter
Kajanalands SVD	total	11,80	15	10,30	12	8,68	5	3,80	3
	kvinnor	12,54	4	11,49	3	3,98	2	2,22	1
	män	11,13	11	9,20	9	13,39	3	5,27	2
Länsi-Pohja SVD	total	10,02	14	7,04	12	0,00	0	0,00	0
	kvinnor	11,19	7	5,22	5	0,00	0	0,00	0
	män	8,61	7	8,61	7	0,00	0	0,00	0
Lapplands SVD	total	13,12	26	10,63	18	12,33	10	10,14	9
	kvinnor	15,06	15	11,67	10	8,37	5	8,37	5
	män	11,27	11	9,72	8	16,29	5	11,92	4

### Bilagetabell 3. Kvalitetsindikatorer som mäter patientsäkerheten enligt sjukvårdsdistrikt 2008–2012

I 3:e eller 4:e gradens förlossningsbristningar vid spontan vaginal förlossning enligt sjukvårdsdistrikt 2008–2012, %

II 3:e eller 4:e gradens förlossningsbristningar vid förlossning med suglocka eller tång enligt sjukvårdsdistrikt 2008–2012, %

III Främmande föremål som lämnat i kroppen i samband med ett ingrepp per 100 000 avlägsnanden enligt sjukvårdsdistrikt 2008–2012

IV Postoperativ lungemboli eller ventrombos per 100 000 sjukhusingrepp enligt sjukvårdsdistrikt 2008–2012

V Postoperativ blodförgiftning (sepsis) per 100 000 sjukhusingrepp enligt sjukvårdsdistrikt 2008–2012

VI Skärsår eller laceration av misstag i samband med ett ingrepp per 100 000 ingrepp enligt sjukvårdsdistrikt 2008–2012

		I		II		III		IV		V		VI	
		Ostandar-	Antal	Ostandar-	Antal	Ostandar-	Antal	Ostandar-	Antal	Ostandar-	Antal	Ostandar-	Antal
		diserad	fall	diserad	fall	diserad	fall	diserad	fall	diserad	fall	diserad	fall
Hela landet	total					1,88	88	328,8	3 608	378,4	961	27,4	1 185
	kvinnor	0,71 %	1576	3,48 %	888	2,18	57	345,6	1 921	278,0	373	39,9	905
	män					1,50	31	311,7	1 687	490,9	588	13,6	280
Helsingfors och Nylands SVD	total					1,61	15	406,2	1 232	566,7	370	28,1	232
	kvinnor	1,10 %	723	3,58 %	331	1,65	9	416,7	638	414,6	140	44,6	196
	män					1,56	6	395,4	594	729,5	230	9,3	36
Egentliga Finlands SVD	total					2,47	10	293,2	387	338,4	111	27,4	103
	kvinnor	0,57 %	107	4,84 %	108	1,32	3	327,8	219	194,6	34	39,3	78
	män					3,94	7	257,7	168	502,1	77	14,1	25
Satakunta SVD	total					1,69	4	115,2	46	82,5	9	28,2	63
	kvinnor	0,15 %	12	0,48 %	4	3,11	4	90,5	18	51,8	3	40,5	47
	män					0,00	0	139,8	28	117,3	6	14,9	16
Centrala Tavastlands SVD	total					3,37	5	293,8	95	147,5	11	45,8	63
	kvinnor	0,72 %	47	6,06 %	51	3,63	3	259,6	43	127,2	5	65,3	47
	män					3,05	2	329,7	52	170,1	6	24,4	16
Birkalands SVD	total					1,16	5	246,4	176	379,1	62	18,3	73
	kvinnor	0,68 %	147	4,99 %	97	2,05	5	243,0	88	248,5	21	26,5	56
	män					0,00	0	249,8	88	518,7	41	9,1	17
Päijät-Häme SVD	total					2,77	5	467,3	242	285,9	24	48,0	81
	kvinnor	1,34 %	102	6,79 %	63	2,99	3	534,1	140	243,2	11	80,1	71
	män					2,49	2	398,9	102	335,7	13	12,5	10
Kymmenedalens SVD	total					1,33	2	71,0	21	96,1	8	34,6	49
	kvinnor	0,70 %	41	2,68 %	15	1,22	1	76,9	12	88,0	4	48,9	36
	män					1,47	1	64,5	9	105,8	4	19,1	13
Södra Karelens SVD	total					4,40	5	287,3	64	217,0	12	65,6	70

I 3:e eller 4:e gradens förlossningsbristningar vid spontan vaginal förlossning enligt sjukvårdsdistrikt 2008–2012, %

II 3:e eller 4:e gradens förlossningsbristningar vid förlossning med suglocka eller tång enligt sjukvårdsdistrikt 2008–2012, %

III Främmande föremål som lämnat i kroppen i samband med ett ingrepp per 100 000 avlägsnanden enligt sjukvårdsdistrikt 2008–2012

IV Postoperativ lungemboli eller ventrombos per 100 000 sjukhusingrepp enligt sjukvårdsdistrikt 2008–2012

V Postoperativ blodförgiftning (sepsis) per 100 000 sjukhusingrepp enligt sjukvårdsdistrikt 2008–2012

VI Skärsår eller laceration av misstag i samband med ett ingrepp per 100 000 ingrepp enligt sjukvårdsdistrikt 2008–2012

		I		II		III		IV		V		VI	
		Ostendar-	Antal	Ostendar-	Antal	Ostendar-	Antal	Ostendar-	Antal	Ostendar-	Antal	Ostendar-	Antal
		diserad	fall	diserad	fall	diserad	fall	diserad	fall	diserad	fall	diserad	fall
	kvinnor	0,07 %	3	0,83 %	4	4,94	3	295,4	34	96,6	3	81,7	44
	män					3,78	2	278,6	30	371,0	9	49,1	26
Södra Savolax SVD	total					4,33	5	181,9	41	131,3	7	20,9	23
	kvinnor	0,22 %	7	1,63 %	4	3,27	2	209,4	24	137,3	4	36,0	20
	män					5,52	3	153,5	17	124,1	3	5,5	3
Östra Savolax SVD	total					2,10	1	187,5	19	238,6	6	77,4	35
	kvinnor	0,40 %	5	1,40 %	3	3,82	1	172,9	9	221,2	3	134,2	32
	män					0,00	0	203,0	10	258,8	3	14,0	3
Norra Karelens SVD	total					1,55	3	297,0	96	466,3	36	19,6	36
	kvinnor	0,14 %	9	0,53 %	3	1,91	2	318,3	52	385,0	15	25,1	24
	män					1,13	1	275,2	44	549,2	21	13,6	12
Norra Savolax SVD	total					1,70	5	268,3	183	324,9	51	21,1	59
	kvinnor	0,45 %	44	1,83 %	16	2,51	4	348,6	119	255,0	21	29,1	42
	män					0,74	1	187,9	64	402,1	30	12,6	17
Mellersta Finlands SVD	total					1,44	4	167,4	79	280,5	33	6,5	17
	kvinnor	0,57 %	64	2,11 %	27	1,29	2	176,8	43	187,3	12	9,5	13
	män					1,63	2	157,3	36	391,9	21	3,3	4
Syd-Österbottens SVD	total					3,85	8	591,9	222	199,6	18	23,6	46
	kvinnor	0,55 %	46	2,67 %	21	5,18	6	584,5	111	85,6	4	32,2	33
	män					2,17	2	599,4	111	322,3	14	14,1	13
Vasa SVD	total					1,29	2	309,7	79	372,7	24	32,2	46
	kvinnor	1,10 %	83	6,03 %	57	2,32	2	324,0	42	209,2	7	45,6	34
	män					0,00	0	294,9	37	549,6	17	17,6	12
Mellersta Österbottens SVD	total					2,50	2	207,7	26	469,7	17	22,9	17
	kvinnor	0,53 %	19	3,19 %	11	4,51	2	167,6	11	354,1	7	33,7	13
	män					0,00	0	251,9	15	609,0	10	11,2	4

I 3:e eller 4:e gradens förlossningsbristningar vid spontan vaginal förlossning enligt sjukvårdsdistrikt 2008–2012, %

II 3:e eller 4:e gradens förlossningsbristningar vid förlossning med suglocka eller tång enligt sjukvårdsdistrikt 2008–2012, %

III Främmande föremål som lämnat i kroppen i samband med ett ingrepp per 100 000 avlägsnanden enligt sjukvårdsdistrikt 2008–2012

IV Postoperativ lungemboli eller ventrombos per 100 000 sjukhusingrepp enligt sjukvårdsdistrikt 2008–2012

V Postoperativ blodförgiftning (sepsis) per 100 000 sjukhusingrepp enligt sjukvårdsdistrikt 2008–2012

VI Skärsår eller laceration av misstag i samband med ett ingrepp per 100 000 ingrepp enligt sjukvårdsdistrikt 2008–2012

		I		II		III		IV		V		VI	
		Ostandar-	Antal	Ostandar-	Antal	Ostandar-	Antal	Ostandar-	Antal	Ostandar-	Antal	Ostandar-	Antal
		diserad	fall	diserad	fall	diserad	fall	diserad	fall	diserad	fall	diserad	fall
Norra Österbottens SVD	total					0,53	2	459,8	407	556,6	108	23,8	82
	kvinnor	0,21 %	47	1,87 %	41	0,47	1	515,0	229	506,4	53	32,5	58
	män					0,60	1	404,0	178	615,4	55	14,4	24
Kajanalands SVD	total					0,00	0	256,5	47	196,2	9	26,9	21
	kvinnor	0,70 %	18	3,44 %	11	0,00	0	211,8	20	333,5	8	47,1	19
	män					0,00	0	304,0	27	45,7	1	5,3	2
Länsi-Pohja SVD	total					2,72	2	430,4	86	568,9	24	24,6	17
	kvinnor	0,65 %	18	4,29 %	9	4,98	2	433,4	44	299,1	7	22,3	8
	män					0,00	0	427,4	42	904,7	17	27,0	9
Lapplands SVD	total					1,41	2	162,1	37	225,7	15	27,4	37
	kvinnor	0,26 %	12	1,33 %	5	1,31	1	126,1	15	198,6	7	33,3	23
	män					1,51	1	201,3	22	256,2	8	21,2	14

**Bilagetabell 4. Kvalitetsindikatorer för cancerscreening enligt sjukvårdsdistrikt 2009–2011, %**

	Livmoderhalscancer		Bröstcancer	
	Inbjudna	Undersökta	Inbjudna	Undersökta
	%	%	%	%
Hela landet	99,4	67,7	85,4	85,3
Helsingfors och Nylands SVD	98,6	60,9	96,8	79,4
Egentliga Finlands SVD	99,3	71,8	90,2	87,0
Satakunta SVD	99,9	75,2	74,6	89,8
Centrala Tavastlands SVD	99,6	63,3	86,7	85,8
Birkalands SVD	100,0	69,2	84,5	86,2
Päijät-Häme SVD	100,0	72,3	91,0	85,8
Kymmenedalens SVD	99,9	75,6	74,0	87,7
Södra Karelens SVD	100,0	74,9	73,6	89,0
Södra Savolax SVD	100,0	76,3	74,4	88,1
Östra Savolax SVD	99,9	76,8	72,9	87,0
Norra Karelens SVD	99,8	68,8	78,6	88,2
Norra Savolax SVD	99,8	62,5	83,3	88,6
Mellersta Finlands SVD	98,9	72,2	74,9	88,7
Syd-Österbottens SVD	99,8	76,7	80,0	88,0
Vasa SVD	99,6	75,1	78,6	88,3
Mellersta Österbottens SVD	98,1	73,6	74,5	88,1
Norra Österbottens SVD	100,0	67,8	77,1	87,0
Kajanalands SVD	99,9	68,9	75,8	88,3
Länsi-Pohja SVD	98,7	71,2	76,8	86,1
Lapplands SVD	97,5	70,1	85,0	86,6
Åland SVD	99,7	61,0	99,8	87,4



#### Relevans för statistisk data

Sedan 2002 har OECD utvecklat kvalitetsindikatorer som beskriver hälso- och sjukvårdsverksamheten (OECD Health Care Quality Indicators, HCQI) i en arbetsgrupp som består av sakkunniga från de olika medlemsländerna. Redan tidigare hade Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ 2012) utfört ett betydande utvecklingsarbete, främst under ledning av USA och Kanada. Ett motsvarande arbete utfördes i de nordiska länderna inom ramen för det projekt för kvalitetsindikatorer som inrättats av nordiska ministerrådet (Kvalitetsmålning i sundhedsvæsenet 2003).

OECD:s projekt sammanförde expertisen inom dessa projekt. De sakkunniga valde indikatorer genom en litteraturoversikt och paneler och testade insamlingen och jämförelsen av indikatorer. Valkriteriet var att hitta mätare med vilka det är möjligt att följa upp hälso- och sjukvårdssystemens funktionsförmåga och kvalitetsutveckling vad gäller servicesystemets allmänna funktion. Avsikten var att indikatorerna skulle beskriva sådana omständigheter som är möjliga att påverka med hälsopolitiska beslut. Arah O m.fl. A Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. International Journal for Quality in Health Care, Vol 18, Supplement No. 1 ss. 5–13).

Därtill skulle indikatorerna vara sådana att ett tillräckligt antal länder kan producera data för en internationell granskning utifrån sina datalager.

Utvecklingsarbetet har skett genom att HCQI-arbetsgruppen testat och utvärderat de kvalitetsindikatorer som länderna producerat. Kvalitetsindikatordata som bedömts vara duglig för publikation har publicerats med två års mellanrum i OECD:s publikation Health at a Glance sedan 2007. Därtill har OECD fört in utvald indikatordata till sin statistiska databas, som publiceras årligen. Några av de indikatorer som uppkommit inom ramen för projektet har också tagits med i den nordiska statistikproduktionen (NOMESKO 2010).

Många OECD-länder har utnyttjat OECD:s kvalitetsindikatorer för att göra en tidsserieanalys av trender i sina servicesystem. Dessutom har de använt de indikatorer som de bedömt som lämpliga för regional jämförelse. Det finns skäl att beakta den övergripande granskningen av servicesystemet också i granskningen av regional data, där indikatorerna i större utsträckning anknyter till kvaliteten i hela områdets servicehelhet än kvaliteten i en organisation, till exempel den egna verksamhet som bedrivs av en producent av specialiserad sjukvård.

De finländska kvalitetsindikatorerna har bildats utifrån data ur det nationella vårdanmälningsregistret, registret över födda barn och cancer- och massundersökningsregistren, vilka administreras av Institutet för hälsa och välfärd. Därtill har Statistikcentralens material över dödsorsaker utnyttjats när indikatorerna bildats. Dataanvändningen grundar sig på THL:s rätt att producera statistisk data utifrån personregisterlagen för hälso- och sjukvården och statistiklagen.

Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) är en samarbetsorganisation för länder med en utvecklad marknadsekonomi. Organisationen har 30 medlemsländer. OECD gör analyser och landsöversikter som gäller olika samhällsområden och ger politiska rekommendationer. Organisationen producerar statistik och statistiska databaser som är internationellt jämförbara, till exempel OECD Health Data och Social Expenditure Database. Organisationens mål är att producera politiskt relevant data till stöd för dess medlemsländers utveckling.

#### Metodbeskrivning för statistikundersökningen

Med tanke på publikationen Health at a Glance 2013 insamlades data enligt OECD:s datainsamlingsanvisningar. Beräkningen har utvidgats från nationell nivå till sjukvårdsdistriktnivå genom att följa samma anvisningar. Materialet för statistiken var det kvalitetsindikatormaterial som utarbetats för datainsamlingen för OECD utifrån vårdanmälningsregistret för sjukhusen (HILMO), registret över

födda barn samt cancerregistret och massunderökningsregistret. Statistikanalysen av materialet fördjupades med en extra analysnivå, data på sjukvårdsdistriktnivå.

Beräkningen av tal enligt sjukvårdsdistrikt följde de definitioner och avgränsningar som godkänts av OECD. Vad gäller en del av patientsäkerhetsindikatorerna har OECD-talen standardiserats enligt antalet bidiagnoser. I Finland varierar anmälningen av bidiagnoser i samband med en vårdanmälan i sjukvårdsdistrikten och därför bildades indikatorerna på sjukvårdsdistriktnivå utan att följa denna standardisering, varför talen inte är direkt jämförbara med internationella tal, men däremot med varandra.

Den största delen av kvalitetsindikatorerna räknades genom att använda den standardisering som överenskommits inom ramen för OECD:s projekt (OECD:s standardpopulation 2010). Denna standardisering valdes för att kunna granska talen i förhållande till de tal som publicerats av OECD:s olika länder. Följaktligen var det möjligt att granska nivån på variationen mellan sjukvårdsdistrikten i förhållande till variationen mellan olika länder.

De manualer för patientsäkerhetsindikatorer och övriga indikatorer, vilka OECD utarbetat för att producera kvalitetsindikatorer, kan fås på engelska från OECD och på begäran från Institutet för hälsa och välfärd. Indikatorerna samlas in inom OECD med två års mellanrum och målet är att i så stor utsträckning som möjligt behålla insamlingsanvisningarna oförändrade för att säkerställa jämförbarheten. Ändringar i manualerna mellan insamlingsomgångarna dokumenteras. Drosler SE. Facilitating cross-national comparisons of indicators for patient safety at the health system level in the OECD countries. OECD Health Technical Papers no. 19, 2008. s. 7–17

Eftersom Finland i egenskap av medlemsland av OECD regelbundet producerar data, ser Finland för egen del till att sättet att samla in data kan upprepas under kontrollerade former i landet. I den nationella granskningen var inte antalet fall under 2012 tillräckligt för en pålitlig statistisk granskning av vissa indikatorer. Vad gäller dessa indikatorer räknades tal enligt sjukvårdsdistrikt för åren 2008–2012. Övriga indikatorer på sjukvårdsdistriktnivå har räknats genom att använda data från 2012.

Bilaga 1 innehåller en mer detaljerad beskrivning av hur enskilda indikatorer bildas.

### **Riktighet och exakthet för data**

Vad gäller den internationella jämförelsen är det viktigt att observera att det finns skillnader mellan länderna i informationskällorna och bildandet av indikatorer. En del av OECD-medlemsländerna har registerdata, i en del länder grundar sig statistiksystemet på befolkningsenkäter och informationen är följaktligen sampelbaserad eller så samlas den in endast i en del av landet. OECD-anvisning är att inskrivningsdiagnoser används för flera indikatorer.

I Finland måste man använda data över utskrivningsdiagnoser ur vårdanmälningsregistret för sjukhusen (HILMO), eftersom inskrivningsdiagnoser inte registreras i systemen. Även om internationell indikatordata inte med säkerhet är jämförbar, har varje OECD-medlemsland som producerat indikatorer bedömt de egna talen och godkänt att de publiceras för jämförelse med data från övriga länder.

Granskningen enligt sjukvårdsdistrikt publicerades 2012 som en del av rapporten Sjukdomsstatistik och OECD-kvalitetsindikatorer i Finland (THL:s Rapporter 54, 2012). Innan rapporten publicerades gavs resultaten till sjukvårdsdistrikten för granskning och kommentarer. Sjukvårdsdistrikten gav respons på kvalitetsvariationen i data som meddelades av sjukvårdsdistrikten till vårdanmälningsregistret, särskilt på bristen av anteckningar.

Vad gäller vissa indikatorer ansågs det inte vara ändamålsenligt att utifrån OECD-materialet producera data på sjukvårdsdistriktnivå, eftersom det var känt att data på sjukvårdsdistriktnivå om samma ärenden publiceras regelbundet annanstans eller för att antalet händelser i Finland är för litet för regional jämförelse.

Det är allmänt känt att registrerings sättet och -noggrannheten samt metoderna för datainsamling och -behandling påverkar den data som lagras i registren. De statistiska data som behövs för att bilda

kvalitetsindikatorer gäller i huvudsak endast sjukhusens eller den specialiserade sjukvårdens verksamhet, trots att slutsatser som även gäller primärvårdsverksamheten dras utifrån dessa.

## **Aktualitet och rättidighet för data**

De internationella OECD-indikatordata som används i statistikrapporten har publicerats i OECD:s publikation Health at a Glance 2013, som finns på OECD:s webbsidor. De internationella talen från de olika länderna gäller år 2011 och eller det närmaste året med tillgänglig data. Data från Finland i tidsserien för denna statistikrapport gäller datainsamlingsåren 2006–2012. Data som gäller sjukvårdsdistrikten är data över verksamheten år 2012. De sammanslagna indikatorerna på sjukvårdsdistriktnivå har bildats utifrån materialet från åren 2008–2012. Vad gäller Finland utgörs data för 2012 av nyaste tillgängliga data som omspanner ett helt verksamhetsår.

## **Datatillgång och -transparens**

OECD har publicerat kvalitetsindikatordata med två års mellanrum från 2007. Data från Finland har samlats in genom att använda OECD:s datainsamlingsmanualer ur de nationella personregistren för hälso- och sjukvården, till vilka serviceproducenterna inom hälso- och sjukvården årligen meddelar data enligt anvisningarna för datainsamling. Vad gäller vårdanmälningar är datainsamlingsanvisningarna offentligt tillgängliga på THL:s webbsidor.

Finländsk nationell OECD-kvalitetsindikatordata publicerades för första gången i samband med en studierapport (Gissler M, Hämäläinen P, Jääskeläinen M, Larivaara M, Punto T, Rasilainen J, Vuori A: Sjukdomsstatistik och OECD:s kvalitetsindikatorer i Finland, THL:s Rapporter 54, 2012).

I samband med beredningen av publikationen kunde det konstateras att det var möjligt att överföra indikatordata till en del av statistikproduktionen. I denna statistikrapport publiceras data för första gången som en statistikrapport. Avsikten är att i fortsättningen publicera en motsvarande statistikrapport med två års mellanrum på så sätt att data också för en nationell rapport bereds i samband med att data för OECD utarbetas.

## **Datajämförbarhet**

Den statistik som gäller OECD:s kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvården är ny och den är inte ännu ett etablerat datalager, vars jämförbarhet säkerställts på lång sikt. Internationell data som gäller olika länder är inte med säkerhet jämförbar, utan den ger endast en antydning om eventuella skillnader mellan länderna. Till exempel i Finland lämnas specialiserad sjukvård vid sjukvårdsdistriktens sjukhus och därtill vid bäddavdelningar inom den specialiserade sjukvården vilka placerats inom primärvården. Det finns skillnader mellan länderna i registreringen av antalet bidiagnoser. De finländska regionala talen har bildats på ett enhetligt sätt för alla sjukvårdsdistrikt. Olikheter och brister i registreringssättet kan dock påverka jämförbarheten.

## **Tydlighet och enhetlighet/överensstämmelse**

De tal som beskriver hela Finland omfattar också fall där hemkommunen är okänd eller utomlands. De tal som beskriver situationen i sjukvårdsdistrikten inbegriper endast fall som i registren antecknats som egna fall för sjukvårdsdistriktet i fråga.

## **Specialfrågor som gäller den statistik som ska publiceras 2014**

Statistikrapporten produceras nu för första gången Bilaga 1, som beskriver indikatorn, redogör för specialfrågor som gäller enskilda indikatorer.

## Beskrivning av OECD:s kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvården och synpunkter på varje indikator.

*Referenserna efter namnen på kvalitetsindikatorerna redogör för i vilken rapport av OECD och/eller THL tal som gäller indikatorn publicerats.*

### **OECD:S KVALITETSINDIKATORER FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN, SMITTSAMMA SJUKDOMAR**

- **Täckningen för vaccination mot kikhosta bland 2-åringar, %** (Vaccination rates for pertussis, children aged 2), <sup>1, 2, 3</sup>
- **Täckningen för vaccination mot kikhosta, difteri och stelkramp bland 2-åringar, %** (Vaccination rates for pertussis, diphtheria and tetanus, children aged 2), <sup>4</sup>
- **Täckningen för vaccination mot mässling bland 2-åringar, %** (Vaccination rates for measles, children aged 2) <sup>1, 2, 3, 4</sup>
- **Täckningen för vaccination mot hepatit B bland 2-åringar, %** (Vaccination rates for hepatitis B, children aged 2) <sup>2, 3, 4</sup>
- **Incidens för kikhosta i förhållande till befolkningen per 100 000 invånare (Incidence of Pertussis)** <sup>1</sup>
- **Incidens för mässling i förhållande till befolkningen per 100 000 invånare (Incidence of Measels)** <sup>1</sup>
- **Incidens för hepatit B i förhållande till befolkningen per 100 000 invånare (Incidence of Hepatitis B)** <sup>2</sup>
- **Influensavaccinationstäckning bland personer som fyllt 65 år, %** (Influenza vaccination coverage, population aged 65 and over) <sup>1, 3, 4</sup>

*Beskrivning av valgrunderna och perspektivet för att följa servicesystemets verksamhet och annan ytterligare information om indikatorn samt synpunkter på indikatorernas pålitlighet*

Indikatorerna beskriver bekämpningen av smittsamma sjukdomar och framgången för det nationella vaccinationsprogrammet. Kikhosta, difteri, stelkramp och mässling ingår i det nationella vaccinationsprogrammet i Finland. Hepatit B-vaccin ges endast till riskgrupper och Finland har inte skickat data om täckningen för detta vaccin till OECD, eftersom pålitlig information inte är tillgänglig. Registret över smittsamma sjukdomar innehåller data över fall av de sjukdomar som omfattas av vaccinationsprogrammet för barn. Data över täckningen för barnvaccinationen har tidigare fått med en särskild enkät, men från 2014 fås data via den datainsamling som görs ur AvoHILMO-registret. Insamlingen av vaccinationsdata övergår från insamling via enkäten till kontinuerlig insamling ur vårdanmälningsregistret för primärvården (AvoHILMO). Efter detta kommer man att få också regional data. Incidenstalen ur registret över smittsamma sjukdomar har konstaterats vara pålitliga.

Täckningen för influensavaccinationen av äldre beskriver framgången för bekämpningen av smittsamma sjukdomar och det nationella vaccinationsprogrammet med tanke på den äldre befolkningens välbefinnande. Olika influensor ökar dödligheten och anlitandet av hälso- sjukvårdstjänster och kan påskynda institutionaliseringen på grund av att allmäntillståndet försämras kraftigt. Det är känt att vaccinerna minskar sjukdomsfallen jämte följdverkningar. Också vad gäller denna data övergår man från insamling via en enkät till kontinuerlig insamling ur vårdanmälningsregistret för primärvården (AvoHILMO).

## **OECD:S KVALITETSINDIKATORER FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN, DIABETES**

- **Kortvariga diabeteskomplikationer som lett till sjukhusvård bland personer som fyllt 15 år, per 100 000 invånare** (Diabetes short-term complications admission rate) <sup>2, 5, 6</sup>
- **Långvariga diabeteskomplikationer som lett till sjukhusvård bland personer som fyllt 15 år per 100 000 invånare enligt sjukvårdsdistrikt** (Diabetes long-term complications admission rate) <sup>5, 6</sup>
- **Ålders- och könsstandardiserad vård vid en bäddavdelning av okomplicerade diabetesfall bland personer som fyllt 15 år per 100 000 invånare** (Uncontrolled diabetes admission rate) <sup>3, 4, 5, 7</sup>
- **Amputationer av nedre extremiteter hos diabetespatienter per 100 000 invånare** (Diabetes lower extremity amputation rate) <sup>2, 5</sup>
- **Årlig ögonbottenundersökning av diabetiker per 100 000 invånare** (Annual retinal exam for diabetics) <sup>1</sup>

*Beskrivning av valgrunderna och perspektivet för att följa servicesystemets verksamhet och annan ytterligare information om indikatorn samt synpunkter på indikatorernas pålitlighet*

Uppkomst av diabetes kan förebyggas med sunda levnadsvanor. En god glukoskontroll kan förebygga komplikationer av sjukdomen. En fungerande primärvård innehar en nyckelroll i hälsofrämjandet och glukoskontrollen. Med indikatorerna granskas förmågan att främja bra kortsiktig glukoskontroll och bra långsiktig glukoskontroll separat. Vårdperioder vid en bäddavdelning där huvuddiagnosen är diabetesrelaterad hyperglykemi, ketoacidosis eller koma räknas som direkta komplikationer. Uppkomsten av långsiktiga komplikationer granskas separat. Granskningen omfattar alla vårdperioder där huvuddiagnosen är en annan, till exempel komplikation av akut diabetes (njure, öga, blodomloppsorgan osv.). Också antalet amputationer av nedre extremiteter har granskats särskilt. Med vårdperioderna vid en bäddavdelning på grund av diabetes mäts vården av okomplicerad diabetes vid sjukhusens bäddavdelningar. Ögonbottenundersökningarna av diabetiker beskriver framgången för den systematiska vården av diabetespatienter. Som indikator används det antal diabetesfall som vårdats vid en bäddavdelning och införts i vårdanmälningsregistret bland personer som fyllt 15 år per 100 000 invånare. Talen är anpassade till OECD:s standardpopulation 2010. Data över ögonbottenundersökningar av diabetiker är inte tillgänglig i Finland.

Data över huvuddiagnoser och komplikationer fås ur vårdanmälningsregistret. Det är möjligt att läkarna och organisationerna registrerar data på olika sätt. OECD:s kvalitetsindikatorer för diabetes bildas genom att använda diagnoserna för diabetes utan att göra skillnad på typ I- och typ II-diabetes. I Finland är typ I-diabetes, som oftare leder till sjukhusvård, vanligare än i många andra länder, vilket ska beaktas i en internationell jämförelse. Å andra sidan leder inte välbehandlad typ I-diabetes till vård vid en bäddavdelning. Problemet i granskningen av amputationer av nedre extremiteter har varit att på ett pålitligt sätt definiera vilken amputationshöjd som ska tas med i indikatorn. De nuvarande informationssystemen ger för närvarande inte data över ögonbottenundersökningar av diabetiker i Finland. Reformen av statistiken för primärvårdens öppenvård kan i bästa fall ändra på situationen.

## **OECD:S KVALITETSINDIKATORER FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN, HJÄRT- OCH BLODKÄRLSSJUKDOMAR**

- **30-dagars dödlighet i hjärtinfarkt per patient** (*Patient-based AMI 30 day, in-hospital and out of hospital, mortality rate*)<sup>3, 4, 5</sup>
- **30-dagars dödlighet i hjärtinfarkt per vårdperiod på samma sjukhus** (*Admission-based AMI 30 day in-hospital mortality rate*)<sup>1, 2, 3, 4, 5</sup>
- **30-dagars dödlighet i ischemisk stroke per patient** (*Patient-based ischemic stroke 30 day (in-hospital and out of hospital) mortality rate*)<sup>3, 4, 5</sup>
- **30-dagars dödlighet i ischemisk hjärnförlamning per vårdperiod på samma sjukhus** (*Admission-based ischemic stroke 30 day in-hospital mortality rate*)<sup>1, 2, 3, 4, 5</sup>
- **30-dagars dödlighet i hemorragisk stroke per patient** (*Patient-based hemorrhagic stroke 30 day (in-hospital and out of hospital) mortality rate*)<sup>5</sup>
- **30-dagars dödlighet i hemorragisk stroke per vårdperiod på samma sjukhus per vårdperiod** (*Admission-based hemorrhagic stroke 30 day in-hospital mortality rate*)<sup>1, 2, 3, 5</sup>
- **Antalet vårdperioder vid en bäddavdelning på grund av hjärtsvikt per 100 000 invånare** (*CHF admission rate*)<sup>2, 5, 6, 7</sup>
- **Vårdperioder vid en bäddavdelning på grund av högt blodtryck per 100 000 invånare** (*Hypertension admission rate*)<sup>2, 7, 6</sup>

*Beskrivning av valgrunderna och perspektivet för att följa servicesystemets verksamhet och annan ytterligare information om indikatorn samt synpunkter på indikatorernas pålitlighet*

En bra basvård av kranskärlssjukdomspatienter, läkemedelsbehandling enligt vårdrekommendationerna, systemets förmåga att snabbt ge akutvård, såsom trombolys, och beredskap att vidta jouråtgärder bidrar till en lyckad vård. Används i flera länder för regelbunden referentgranskning av sjukhusen. I Finland följs och publiceras indikatorn inom ramen för THL:s Perfect-projekt.

Vårdresultatet för ischemisk stroke påverkas av bra och snabb akutvård jämte transport, trombolys och enheter som är specialiserade på vård, till vilka kompetens koncentrerats. Indikatorn beskriver kvaliteten i den specialiserade sjukvården. I Finland följs också denna indikator inom ramen för THL:s Perfect-projekt.

Resultatet för vård av hemorragisk stroke påverkas av hur snabbt patienten slipper till en enhet till vilken kompetens koncentrerats och hur snabbt diagnosen fastställs (avbildningar o.d.). Indikatorn beskriver kvaliteten i den specialiserade sjukvården. Inom ramen för THL:s Perfect-projekt följs inte denna indikator, men Finland producerar tal på nationell nivå för de Health at a Glance-rapporter och statistiska databaser som publiceras av OECD.

Som indikator för vården av hjärtsvikt används de vårdperioder vid en bäddavdelning som införts i vårdanmälningsregistret med hjärtsvikt som huvuddiagnos bland personer som fyllt 15 år per 100 000 invånare. Talet är standardiserat enligt OECD:s standardpopulation 2010. Data fås ur vårdanmälningsregistret. Fenomenet är utbrett och det kan bedömas att registreringen är pålitlig.

Som indikator för vården av högt blodtryck används de vårdperioder vid en bäddavdelning som registrerats i vårdanmälningsregistret med högt blodtryck som huvuddiagnos bland personer som fyllt 15 år per 100 000 invånare. Talet är standardiserat enligt OECD:s standardpopulation 2010. Data fås ur vårdanmälningsregistret. Skillnaderna i registreringspraxis i de olika sjukvårdsdistrikten har inte utvärderats. Praxis för registrering av den primära och sekundära diagnosen kan variera.

## OECD:S KVALITETSINDIKATORER FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN, SJUKDOMAR I ANDNINGORGANEN

- **Astmadödlighet per 100 000 invånare, personer i åldern 5–39 år** (*Asthma mortality rate, age 5-39*)<sup>1, 6, 7</sup>
- **Antalet vårdperioder vid en bäddavdelning på grund av astma per 100 000 invånare** (*Asthma admission rate*)<sup>1, 2, 3, 4, 5, 6, 7</sup>
- **Antalet vårdperioder vid en bäddavdelning på grund av kroniskt obstruktiv lungsjukdom per 100 000 invånare** (*COPD admission rate*)<sup>2, 3, 4, 5, 6, 7</sup>

*Beskrivning av valgrunderna och perspektivet för att följa servicesystemets verksamhet och annan ytterligare information om indikatorn samt synpunkter på indikatorernas pålitlighet*

En välbehandlad astma omfattar inte livshotande astmaanfall som inte kan kontrolleras med medicinskt korrekt vård av en person som inte har svåra primärsjukdomar. Svåra primärsjukdomar är sällsynta bland personer i åldern 5–39 år och dödsfall på grund av astma borde inte inträffa i denna åldersgrupp. Data över astmadödligheten fås från Statistikcentralens material över dödsorsaker, som kan anses vara pålitligt. Fenomenet är så ovanligt i Finland att det inte är möjligt att använda indikatorn för regional jämförelse.

Astma är en sjukdom vars exacerbationer som kräver vård vid en bäddavdelning på ett sjukhus kan hindras med en bra kontroll inom primärvården. Som indikator används antalet astmafall som vårdats vid en bäddavdelning och införts i vårdanmälningsregistret bland personer som fyllt 15 år per 100 000 invånare. Talet är standardiserat enligt OECD:s standardpopulation 2010. I vårdanmälningsregistreringen kan det finnas inexactheter som gäller åtskiljandet av astma från kroniskt obstruktiv lungsjukdom, vilket å sin sida påverkas av att det finns skillnader i grunderna för läkemedelsersättningen för sjukdomarna.

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom är en sjukdom vars uppkomst kan hindras genom att sluta röka och vars exacerbation hindras genom att konstatera sjukdomen i ett tidigt skede och avvänja patienten från tobak. Med en god vårdkontroll inom primärvården kan man hindra exacerbation även i de svåraste sjukdomsfaserna, vilka kräver sjukhusvård. Som indikator används antalet fall av kroniskt obstruktiv lungsjukdom som vårdats vid en bäddavdelning och införts i vårdanmälningsregistret bland personer som fyllt 15 år per 100 000 invånare. Talet är standardiserat enligt OECD:s standardpopulation 2010. Eventuella inexactheter i vårdanmälningsregistreringarna mellan diagnoserna astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom påverkar också pålitligheten för den indikator som beskriver kroniskt obstruktiv lungsjukdom.

## OECD:S KVALITETSINDIKATORER FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN, PSYKISK HÄLSA

- **Oplanerad återintagning till en bäddavdelning inom 30 dagar på grund av schizofreni, % av de utskrivna patienterna, samma sjukhus** (*Unplanned schizophrenia, same hospital, re-admission rate*)<sup>2, 3, 4, 5, 6, 7</sup>
- **Oplanerad återintagning till en bäddavdelning inom 30 dagar av en patient som vårdats på grund av schizofreni, % av de utskrivna patienterna, vilket sjukhus som helst** (*Unplanned schizophrenia, any hospital, re-admission rate*)<sup>6, 7</sup>
- **Oplanerad återintagning inom 30 dagar till en bäddavdelning av en patient som vårdats på grund av bipolär sjukdom, % av de utskrivna patienterna, samma sjukhus** (*Unplanned bipolar disorder, same hospital, re-admission rate*)<sup>2, 3, 4, 5, 6, 7</sup>
- **Oplanerad återintagning av en vårdad patient inom 30 dagar till en bäddavdelning på grund av bipolär sjukdom, % av de utskrivna patienterna, vilket sjukhus som helst** (*Unplanned bipolar disorder, any hospital, re-admission rate*)<sup>6, 7</sup>
- **Överdödlighet bland schizofrenipatienter** (*Excess mortality from schizophrenia*)<sup>4, 5</sup>

- **Ökadödlighet bland personer med bipolär sjukdom** (*Excess mortality from bipolar disorders*)<sup>4, 5</sup>
- **Själv mord under en vårdperiod vid en bäddavdelning bland schizofrenipatienter och/eller personer med bipolär sjukdom, % av de vårdade** (*Inpatient suicides among patients diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder*)<sup>5</sup>
- **Själv mord under en vårdperiod vid en bäddavdelning bland personer med psykiska störningar, % av de vårdade** (*Inpatient suicides among patients diagnosed with mental disorders*)<sup>5</sup>
- **Själv mord efter en vårdperiod vid en bäddavdelning bland alla personer med en diagnos med anknytning till en psykisk störning, % av de vårdade** (*Deaths after discharge from suicide among patients diagnosed with mental disorders*)<sup>5</sup>
- **Själv mord efter en vårdperiod vid på en bäddavdelning bland schizofrenipatienter och/eller personer med bipolär sjukdom, % av de behandlade** (*Deaths after discharge from suicide among patients diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder*)<sup>5</sup>

*Beskrivning av valgrunderna och perspektivet för att följa servicesystemets verksamhet och annan ytterligare information om indikatorn samt synpunkter på indikatorernas pålitlighet*

En framgångsrik vårdperiod vid bäddavdelningen och en lyckad vård därefter samt effektiv organisering av det stöd som patienten behöver minskar risken för att på nytt bli intagen på sjukhus. OECD mäter återintagningen till samma sjukhus från vilket patienten skrivits ut, eftersom många länder inte har förmåga att sammanföra data över patienter som vårdats på olika sjukhus. I Finland är det möjligt att producera också detta tal. Data fås ur vårdanmälningsregistret. En granskning av skillnaderna mellan sjukvårdsdistrikten visar att antalet fall är litet, varför det är svårt att påvisa skillnader i siffrorna med statistik. Den siffra som beskriver vården av bipolär störning grundar sig på samma syn på vårdkvalitet och den produceras på samma sätt.

Den indikator som beskriver överdödligheten bildas genom att dela antalet schizofrenidiagnosticerade 15–74-åringar som avlidit under statistikåret med dödligheten bland motsvarande åldersgrupp av hela befolkningen. Talet bildas på samma sätt för personer med en bipolär psykisk störning. Data fås ur vårdanmälningsregistret och Statistikcentralens material över dödsorsaker. Det har inte säkerställts hur väl registerdata täcker alla personer med diagnosen schizofreni eller bipolär sjukdom vilka avlidit under statistikåret. Vad gäller bildandet av tal förs det en debatt om från och med vilket statistikår diagnoser i vårdanmälningsregistret ska räknas med för personer som avlidit under statistikåret.

Förutom ovan beskrivna data har också data över självmord bland mentalvårdspatienter skickats till OECD:s statistiska databaser. I Finland har antalet fall varit för litet för en indikatorgranskning på regional nivå.



**OECD:S KVALITETSINDIKATORER FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN,  
PATIENTSÄKERHET (Patient safety Indicators, PSI)**

- **3:e eller 4:e gradens förlossningsbristningar vid spontan vaginal förlossning, %**  
(Obstetric trauma vaginal delivery without instrument)<sup>3, 4, 5, 6, 7</sup>
- **3:e eller 4:e gradens förlossningsbristningar vid förlossningar med sugklocka eller tång, %**  
(Obstetric trauma vaginal delivery with instrument)<sup>3, 4, 5, 6, 7</sup>
- **Främmande föremål som lämnat i kroppen i samband med ett ingrepp per 100 000 avlägsnanden** (Foreign body left during procedure)<sup>3, 4, 5, 7</sup>
- **Kateterrelaterad blodförgiftning per 100 000 per avlägsnanden** (Catheter-related bloodstream infections)<sup>6</sup>
- **Postoperativ lungemboli eller ventrombos per 100 000 bäddavdelningsperioder** (Post-operative pulmonary embolism or deep vein thrombosis)<sup>3, 4, 5, 7</sup>
- **Postoperativ lungemboli eller ventrombos per 100 000 vårdperioder vid en bäddavdelning hos patienter som genomgått protesoperationer av knä- eller höftleder** (Post-operative pulmonary embolism or deep vein thrombosis, hip and knee replacement)<sup>4, 5</sup>
- **Postoperativ blodförgiftning (sepsis) per 100 000 vårdperioder vid en bäddavdelning** (Post-operative sepsis)<sup>3, 5, 6, 7</sup>
- **Postoperativ blodförgiftning (sepsis) per 100 000 vårdperioder vid en bäddavdelning, patienter som varit föremål för ett kirurgiskt ingrepp i buken** (Post-operative sepsis, abdominal surgery)<sup>4, 5</sup>
- **Skärsår eller laceration av misstag i samband med ett ingrepp per 100 000 ingrepp** (Accidental puncture or laceration)<sup>3, 6, 7</sup>
- **Operationssår som öppnats efter ett ingrepp** (Post-operative wound dehiscence)<sup>5</sup>
- **Operation efter höftbrott inom 48 timmar efter inläggning på sjukhus** (Hip fracture surgery initiated within 48 hours after admission to the hospital)<sup>5</sup>

*Beskrivning av valgrunderna och perspektivet för att följa servicesystemets verksamhet och annan ytterligare information om indikatorn samt synpunkter på indikatorernas pålitlighet*

En tredje eller fjärde gradens vaginal förlossningsbristning är en händelse som ofta kan hindras genom att planera förlossningen och vidta högklassiga åtgärder under förlossningen. Talet anger andelen (%) vaginala förlossningar utan instrument, där patienten drabbats av en tredje eller fjärde gradens bristning i mellangården. Talet anger andelen (%) vaginala förlossningar utan instrument (tång, sugklocka), där patienten drabbats av en tredje eller fjärde gradens bristning i mellangården. Data fås ur registret över födda barn utifrån en särskild parameter som gäller sömnad av bristningar.

Att främmande föremål (såsom en nål, ett knivblad eller förbandsmaterial) lämnar kvar i operationsområdet efter en avslutad operation är en händelse som inte borde inträffa. Siffran beskriver vårdperioder där bidiagnosen är ett främmande föremål som lämnat i kroppen i förhållande till det sammanlagda antalet avslutade vårdperioder för patienter som fyllt 15 år. Data fås ur vårdanmälningsregistret. Det kan finnas regionala skillnader i registreringspraxis. Siffran kan inte standardiseras eftersom fenomenet inte är bundet till patientens ålder eller kön.

Data över kateterrelaterad blodförgiftning beskriver de vårdperioder vid en bäddavdelning där diagnosen är infektion efter kateterisering i förhållande till det sammanlagda antalet avslutade vårdperioder bland patienter som fyllt 15 år per 100 000 vårdperioder vid en bäddavdelning, vilka införts i vårdanmälningsregistret. Siffran är ålders- och könsstandardiserad. Följande koder omfattas av indikatorerna: T80.2 Infektion som följd av infusion, transfusion och injektion i behandlingssyfte, T82.7

Infektion och inflammatorisk reaktion orsakad av andra instrument, implantat och transplanterat i hjärta och kärl och T88.0# Infektion som följd av vaccination. Indikatorn producerades inte i samband med datainsamlingen 2013 eftersom materialet inte var av tillräckligt hög kvalitet för internationell jämförelse. Praxis för registrering av kateterrelaterade ingrepp varierar och med tanke på den internationella jämförelsen finns det inte någon internationellt standardiserad åtgärdsklassificering.

Siffran beskriver vårdperioder där bidiagnosen är postoperativ lungemboli eller ventrombos i förhållande till det sammanlagda antalet avslutade vårdperioder bland patienter som fyllt 15 år. Siffran uttrycks per 100 000 vårdperioder vid en bäddavdelning. Talet är standardiserat enligt OECD:s standardpopulation 2010. Data fås ur vårdanmälningsregistret. Det kan finnas skillnader i registreringen. Data omfattar endast de patienter hos vilka en skadehändelse upptäckts under samma vårdperiod som då ingreppet gjorts. I Finland skrivs patienterna ut tidigt, vilket leder till att en del av fallen inte omfattas av indikatordata. Indikatorn kan också bildas genom att avgränsa granskningen till protesoperationer av knä- och höftleden. I så fall blir antalet fall för lågt för att bilda regionala indikatorer i Finland. OECD:s sakkunniggrupp har inte konstaterat att den avgränsade indikatorn vore bättre än den allmänna.

Siffran beskriver vårdperioder där bidiagnosen är postoperativ sepsis i förhållande till det sammanlagda antalet avslutade vårdperioder för patienter som fyllt 15 år. Talet är standardiserat enligt OECD:s standardpopulation 2010. Data fås ur vårdanmälningsregistret. Det kan finnas skillnader i registreringen. Data omfattar endast de patienter hos vilka en skadehändelse upptäckts under samma vårdperiod som då ingreppet gjorts. I Finland skrivs patienterna ut tidigt, vilket leder till att en del av fallen inte omfattas av indikatordata. Indikatorn kan också bildas genom att avgränsa granskningen till operationer i buken. I så fall blir antalet fall för lågt för att bilda regionala indikatorer i Finland. OECD:s sakkunniggrupp har inte konstaterat att den avgränsade indikatorn vore bättre än den allmänna.

Skärsår eller laceration av misstag i samband med ett ingrepp per 100 000 ingrepp är en indikator som beskriver antalet vårdperioder vid en bäddavdelning där bidiagnosen är ett skärsår eller laceration av misstag under ett ingrepp i förhållande till alla avslutade vårdperioder bland patienter som fyllt 15 år. Talet är ålders- och könsstandardiserat. Data fås ur vårdanmälningsregistret. Det bedöms att det finns brister i registreringen. Skillnader i registreringen mellan sjukvårdsdistrikten är sannolikt av stor betydelse.

OECD publicerar också en indikator som gäller sår som öppnats efter ett ingrepp som en patientsäkerhetsindikator. Finland har skickat nationell data till OECD:s statistiska databas. Det har bedömts att bristerna i registreringen till vårdanmälningsregistret och det faktum att patienter skrivs ut tidigt från sjukhusen påverkar talet i Finland. Vad gäller Finland kan talet inte ses som pålitligt innan registreringspraxis har utvärderats och data från öppenvården beaktas då indikatorn bildas.

## **OECD:S KVALITETSINDIKATORER FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN, CANCERSJUKDOMAR**

- **Relativ femårsöverlevnad för bröstcancer, %** (*Breast cancer five year relative survival rate*)  
1, 2, 3, 4, 5
- **Åldersstandardiserad dödlighet i bröstcancer per 100 000 kvinnor** (*Breast cancer mortality*)<sup>2, 3, 4</sup>
- **Andel kvinnor i åldern 50–69-år som deltagit i massundersökning av bröstcancer (mammografi), % av kvinnorna** (*Mammography screening, percentage of women aged 50-69 screened*)<sup>1, 2, 3, 4, 7</sup>
- **Relativ femårsöverlevnad för livmoderhalscancer, %** (*Cervical cancer five year relative survival rate*)<sup>1, 2, 3, 4, 5</sup>
- **Åldersstandardiserad dödlighet i livmoderhalscancer per 100 000 kvinnor** (*Cervical cancer mortality*)<sup>2, 3, 4</sup>

- **Andel kvinnor i åldern 20–69-år som deltagit i massundersökning av livmoderhalscancer (papa-prov), % av kvinnorna** (*Cervical cancer screening, percentage women screened aged 20-69*)<sup>1, 2, 3, 4, 7</sup>
- **Relativ femårsöverlevnad för tjocktarmscancer, %** (*Colorectal cancer five year relative survival rate*)<sup>1, 2, 3, 4, 5</sup>
- **Åldersstandardiserad dödlighet i tjocktarmscancer per 100 000 invånare** (*Colorectal cancer mortality*)<sup>2, 3, 4</sup>

*Beskrivning av valgrunderna och perspektivet för att följa servicesystemets verksamhet och annan ytterligare information om indikatorn samt synpunkter på indikatorernas pålitlighet*

De indikatorer som beskriver bröstcancer beskriver den generella framgången för verksamheten inom vårdkedjan för bröstcancer: förmågan att upptäcka sjukdomen i tid, val av rätt vårdmetoder, rätt sätt och tidpunkt att lämna vård samt allokeringen av resurser till verksamheten. Data fås ur cancerregistret och från materialet över dödsorsaker. I Finland publiceras omfattande regional data över överlevnaden för cancersjukdomar av Cancerregistret. Denna data finns i Cancerregistrets webbtjänst (<http://www.cancer.fi/syoparekisteri/se/statistik/>).

Den indikator som gäller mammografiscreeningen av bröstcancer grundar sig på en syn om att screeningen minskar dödligheten i bröstcancer. Indikatorerna mäter screeningframgången. Data fås ur massundersökningsregistret, som förs i anslutning till cancerregistret och ses som en pålitlig informationskälla.

De indikatorer som gäller livmoderhalscancer beskriver på motsvarande sätt den generella framgången för verksamhet inom hela vårdkedjan. Data fås ur cancerregistret och materialet över dödsorsaker.

Screeningen av livmoderhalscancer görs för att minska insjuknandet och dödligheten i livmoderhalscancer. Med screeningindikatorn utvärderas screeningsframgången. Data fås ur massundersökningsregistret, som förs i anslutning till cancerregistret och ses som en pålitlig informationskälla.

De indikatorer som gäller tjocktarmscancer beskriver den generella framgången för vårdkedjan för tjocktarmscancer. Data fås ur cancerregistret och materialet över dödsorsaker. I Finland är screening av tjocktarmscancer frivilligt för kommunerna. Screeningen är inte heller etablerad på ett internationellt plan, varför den tillsvidare inte ingår i kvalitetsindikatorerna. Cancerregistret publicerar dock redan data över detta.

## **Rapporter av OECD och THL där OECD:s kvalitetsindikatorer publicerats**

<sup>1</sup> OECD Health at a Glance 2007.

<sup>2</sup> OECD Health at a Glance 2009.

<sup>3</sup> OECD Health at a Glance 2011.

<sup>4</sup> OECD Health at a Glance 2013.

<sup>5</sup> OECD-statistik på nätet: <http://stats.oecd.org>.

<sup>6</sup> Gissler M, Hämäläinen P, Jääskeläinen M, Larivaara M, Punto T, Rasilainen J, Vuori A: Sjukdomsstatistik och OECD:s kvalitetsindikatorer i Finland. THL Rapport 2012. 54.

<sup>7</sup> THL, OECD:s kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvården i Finland 2011–2012, Statistikrapport 20/2014.

# OECD Health Care Quality Indicators in Finland 2011–2012

22.8.2014

Finnish health care does fairly well when examined with OECD Health Care Quality Indicators. These quality indicators, developed by the OECD, are used for monitoring temporal changes in health care systems or for comparing different systems.

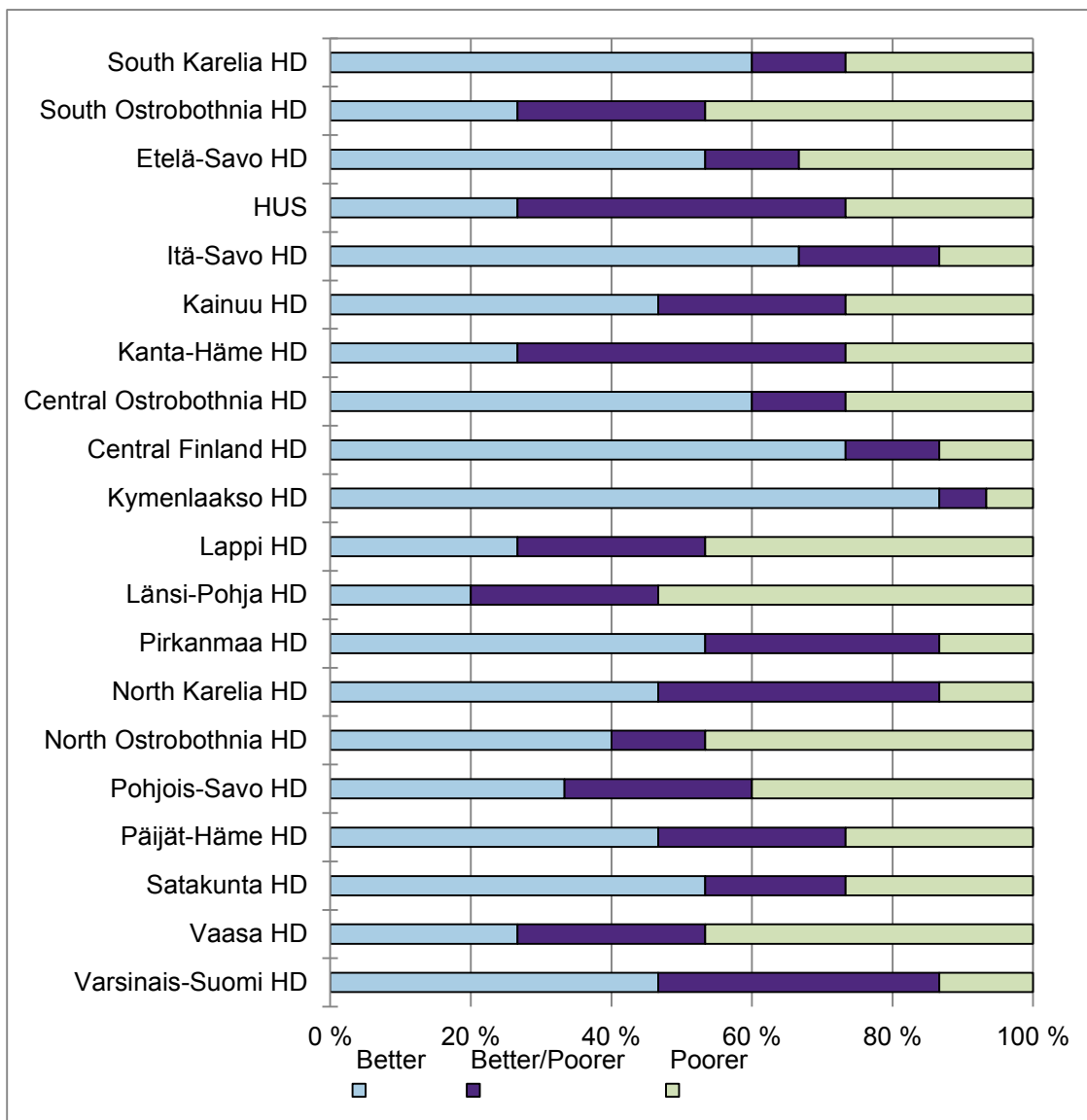
There is only a little experience of using the quality indicators in regional-level analyses. Figures at the level of hospital districts are available for fifteen quality indicators and cancer screening indicators. The rankings of hospital districts vary greatly by indicator. Each hospital district had a ranking better than the national average for at least three indicators, but none had rankings better than the national average for all indicators. The hospital districts of Central Finland (11/15) and Kymenlaakso (13/15) had the best rankings.

The figures for the whole of Finland were better than the OECD average in childhood vaccination programme coverage, asthma mortality in children and young people, hospital admissions due to chronic obstructive pulmonary disease, re-admissions within 30 days of patients with schizophrenia and bipolar disorder, obstetric trauma, foreign body left in during procedure as well as postoperative sepsis.

Screening rates for cervical cancer and breast cancer were in Finland better than the OECD average, as was the relative five-year breast cancer survival rate.

Finland was at or below the OECD average in influenza vaccination coverage for elderly people, asthma and diabetes hospital admissions, as well as postoperative pulmonary embolism or deep vein thrombosis. The relative cervical cancer survival rate was also just below the OECD average.

**Figure 1. Fifteen OECD quality indicators by hospital district compared to national average (indicators in Appendix Tables 1–3).**



Better = the hospital district's indicator value was better than the national average.

Better/Poorer = the hospital district's indicator value was better than the national average for one sex and poorer for the other (only indicators where data available for both men and women).

Poorer = the hospital district's indicator value was poorer than the national average.

## Table of contents

1. Infectious disease control .....	3
2. Chronic diseases .....	4
3. Mental disorders .....	14
4. Patient safety .....	20
4.1 Obstetric trauma .....	20
4.2 Surgical procedures .....	24
5. Cancers .....	32

### 1. Infectious disease control

The indicators describing infectious disease control are linked to primary care functions, but they also reflect the health care system's overall ability to organise infectious disease prevention in general as well as health promotion for children and elderly people in particular. A successful vaccination campaign against seasonal influenza, targeting people aged 65 and over, is a reflection of the performance of preventive health care. Seasonal influenza is associated with increased mortality and use of health services. In Finland, the influenza vaccination coverage (38.5%) is clearly lower than the OECD average (50.2%). In Western Europe, only Austria and Norway have lower coverage than Finland (Table 1). In 2013, THL started to publish regional statistics on vaccination coverage concerning, for example, the influenza vaccination coverage for people aged 65 and over.<sup>1</sup>

**Table 1. Influenza vaccination coverage, population aged 65 and over, selected OECD countries in 2011, as % of age group**

	% of age group
Netherlands	74.0 (2009)
United Kingdom	74.0
United States	66.9
New Zealand	65.5
Canada	64.4
Sweden	64.0 (2008)
Italy	62.7
Spain	57.7

<sup>1</sup> [http://opus.thl.fi/group/rokostat/coverage/influenza\\_20132014/influ\\_shp.html](http://opus.thl.fi/group/rokostat/coverage/influenza_20132014/influ_shp.html)

Germany	56.1 (2009)
France	55.2
Japan	53.0 (2010)
<b>OECD countries</b>	<b>50.2</b>
Portugal	48.3 (2010)
Switzerland	46.0 (2010)
Denmark	45.6 (2010)
<b>Finland</b>	<b>38.5</b>
Hungary	29.9
Norway	14.1
Estonia	0.9

Source: OECD Health at a Glance 2013.

The coverage of the national childhood vaccination programme has remained high in Finland. The OECD quality indicators include vaccination against diphtheria, tetanus and pertussis (DTP) in children aged 1 as well as vaccination against measles in children aged 1. In 2011, the DPT vaccination coverage was 99% in Finland. The coverage was this high in eleven countries, while the OECD average was 96%. In vaccination against measles, the OECD average was 94% and the Finnish average 97%. While Finland's vaccination coverage against measles is higher than the OECD average, Finland only ranked 13th among the OECD countries. The OECD quality indicators include also vaccination coverage against hepatitis B, but since this vaccination is not included in Finland's national vaccination programme there are no similar data on coverage available from Finland. More information about vaccination coverage in different OECD countries is available in the OECD Health Statistics database<sup>2</sup>. Traditionally, data on vaccinations have been collected in Finland through surveys, but with the more extensive adoption of a uniform data collection on outpatient primary health care the data on vaccinations are now received directly from health centres immediately after vaccination. The new data collection method allows reporting also by region.

## 2. Chronic diseases

The quality indicator for diabetes selected for this report is the indicator describing hospital admissions with the principal diagnosis code of uncontrolled diabetes without mention of complications. Diabetes hospital admission rates are in Finland slightly higher than the OECD average, while the admission rates have decreased clearly between 2007 and 2011 (Figure 2). There are major differences between hospital districts, and even differences between men and women are distinct. Men have higher admission rates for uncontrolled diabetes than women (Figure 3).

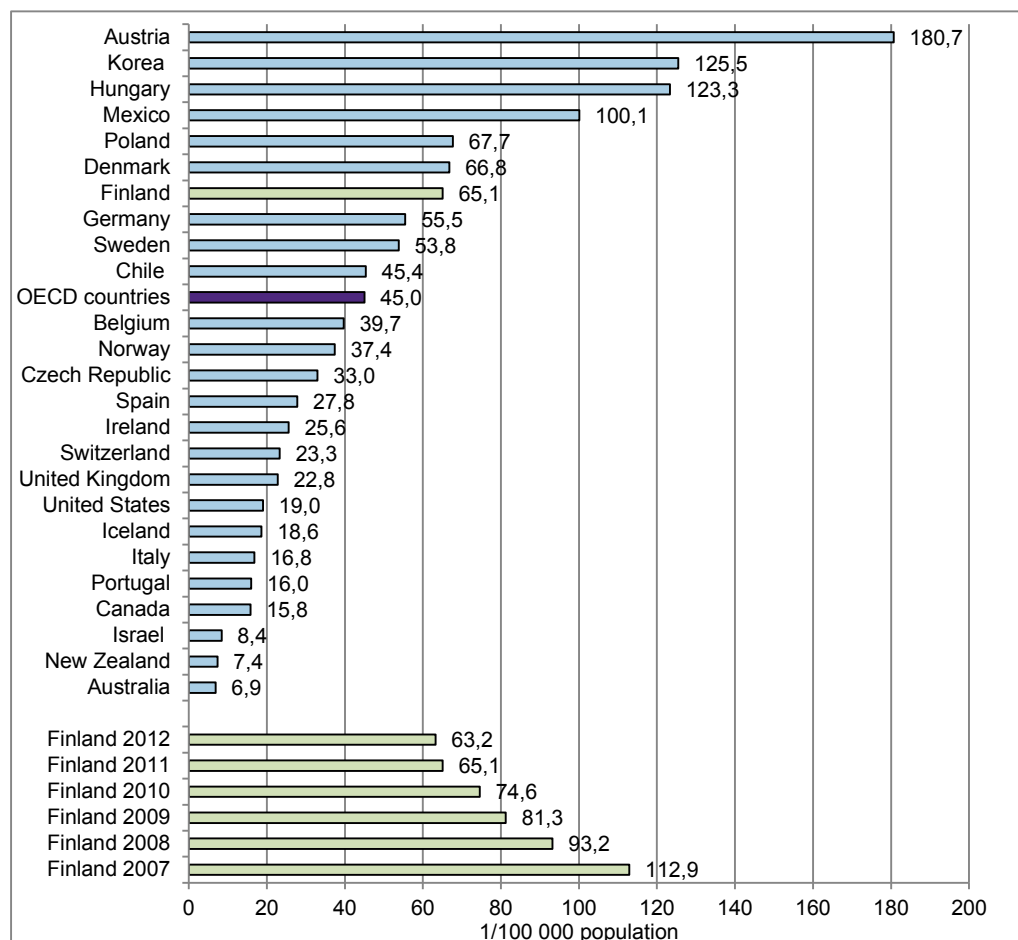
Diabetes increases mortality, and the treatment of diabetes complications have significant effects on public expenditure. Promotion of lifestyles that prevent the onset of diabetes as well as high-quality

<sup>2</sup>OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>



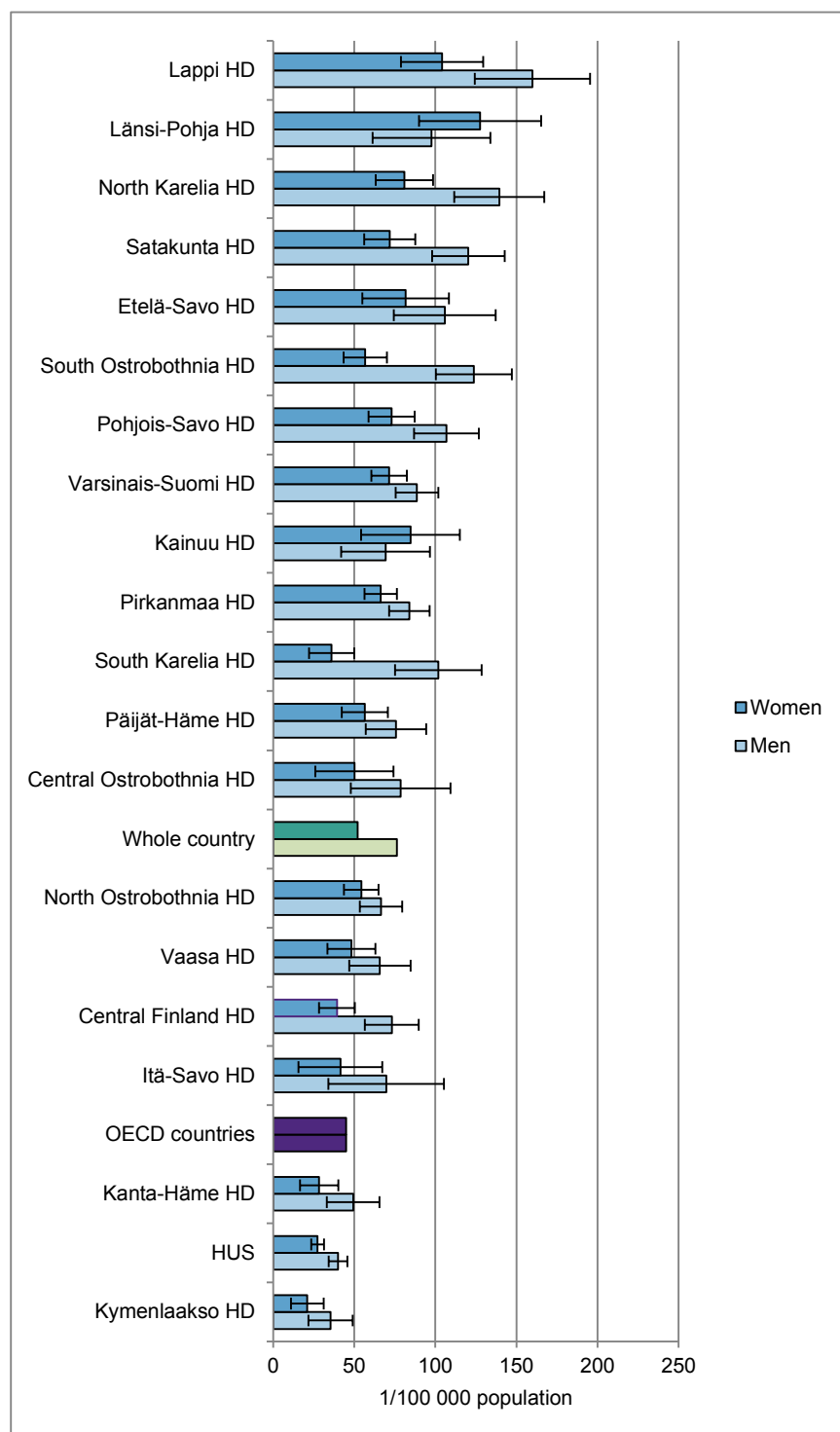
care that prevents diabetes complications are primarily the responsibility of primary care. This indicator describes situations where diabetes is not under control in primary care and situations where diabetes is diagnosed only after hospital admission.

**Figure 2. Diabetes hospital admissions for people aged 15 and over, principal diagnosis code of uncontrolled diabetes without complications, per 100 000 population, OECD countries 2011 and Finland 2007–2012**



Source for OECD countries: OECD Health at a Glance 2013.

**Figure 3. Diabetes hospital admissions for people aged 15 and over, principal diagnosis code of uncontrolled diabetes without complications, per 100 000 population by sex and hospital district, 2012 and OECD average 2011<sup>1</sup>**



Source for OECD countries: OECD Health at a Glance 2013.

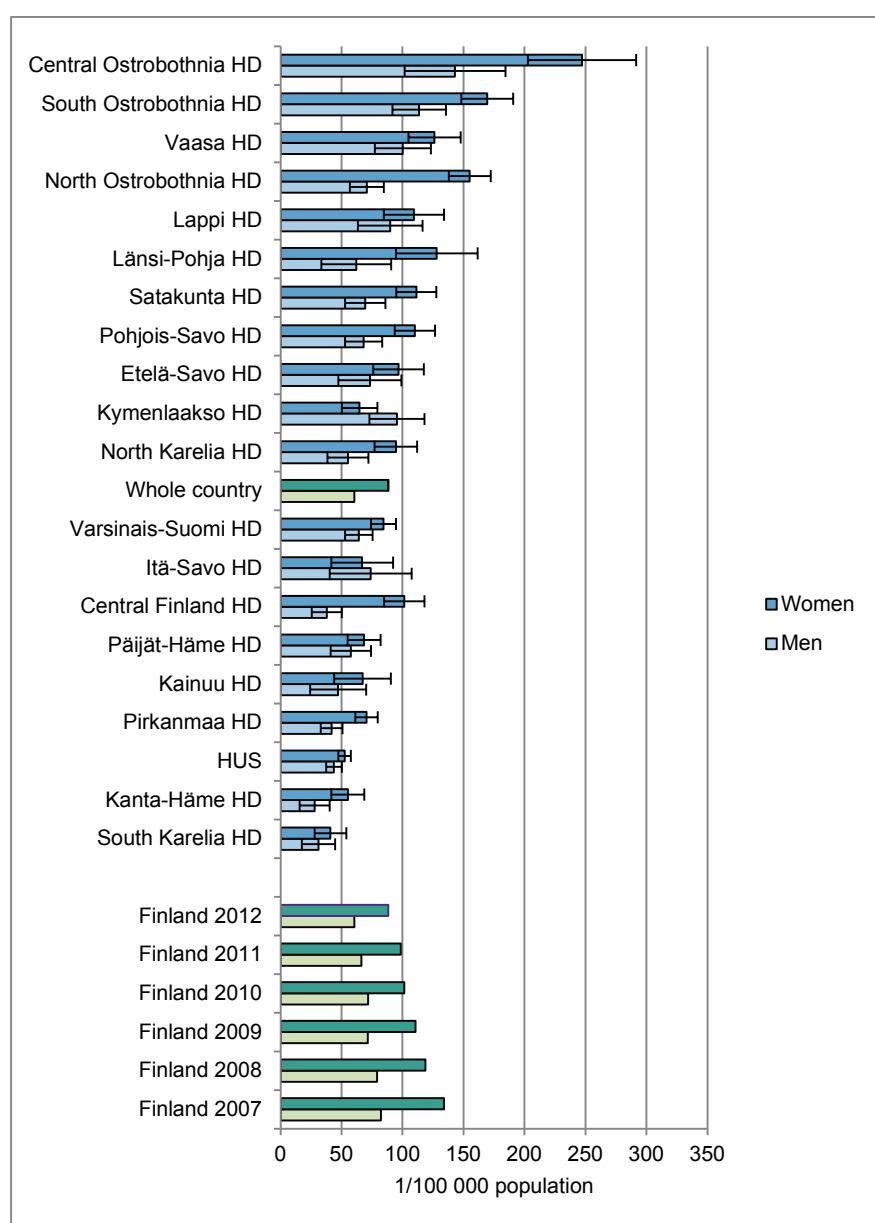
1) The hospital district figures are calculated with confidence interval at 95%, for more information see Concepts.

Primary care has the main responsibility for treating hypertension and congestive heart failure (CHF). In Finland, hospital admissions due to hypertension have decreased a little between 2007 and 2012 (Figure 3). There are some differences between hospital districts concerning the treatment of hypertension, and hospital admissions due to hypertension are more common in the Pirkanmaa Hospital District than elsewhere in the country (Figure 4).

Hospital admission rates for CHF have been very stable in 2007–2012 (Figure 5). There are, however, some differences between hospital districts. The hospital districts where CHF hospital admissions are common are not the same as the hospital districts where hypertension admissions are common (Figures 4 and 5). Indicators for hospital admissions due to hypertension and CHF were not included in the OECD Health at a Glance 2013. International figures are, however, available for previous years (OECD Health at a Glance 2011, Gissler et.al. 2012).

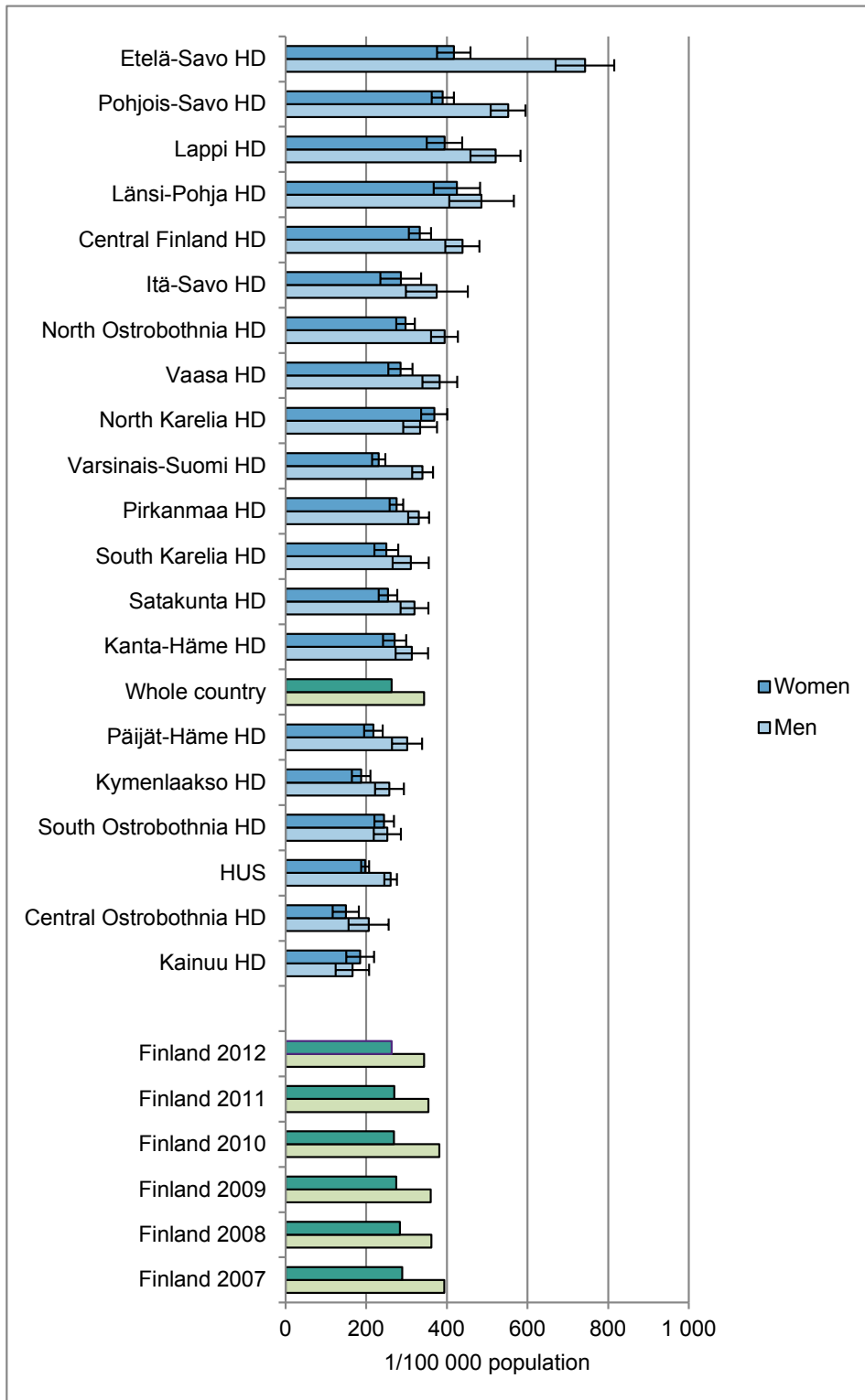
Other cardiovascular-disease-related indicators include the OECD quality of care indicators describing mortality from acute myocardial infarction, ischemic stroke and hemorrhagic stroke. These indicators reflect the performance of specialised health care functions. Hospital benchmarking data concerning acute myocardial infarction and ischemic stroke are published in Finland as part of THL's PERFECT Project<sup>3</sup>.

**Figure 4. Hypertension hospital admissions for people aged 15 and over per 100 000 population by sex and hospital district, 2012 and Finland 2007–2012**



<sup>3</sup> [www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/perfect](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/perfect)

**Figure 5. CHF hospital admissions for people aged 15 and over per 100 000 population by sex and hospital district, 2012 and Finland 2007–2012**



Asthma is a chronic disease which is manageable in primary care settings so that the patient's need for hospitalisation can be minimised. An international comparison, using data from 2011, shows that in Finland asthma hospital admission rates are higher than the OECD average. The admission rates decreased between 2007 and 2011, but remained unchanged in 2012 (Figure 6). Any examinations of regional differences should take into account that the prevalence of asthma is highest in Northern and Eastern Finland, which is reflected in the hospital admissions rates (Figure 7).

The European Union, for example, has a long history of using asthma mortality among children and young adults as an indicator of problems in the quality of care. In Finland, asthma mortality among children and young adults is rare, and therefore it cannot be used as a regional indicator. The OECD average was 0.18 asthma deaths per 100 000 persons of the same age. In Finland, deaths as a result of asthma are very rare in people aged 5–39, and in the 2000s there were years when there were no such fatalities. Six persons aged 5–39 died as a result of asthma in 2011, while otherwise in 2001–2012 the annual number has varied between 0 and 3 (Statistics Finland<sup>4</sup>). More information in Table 2.

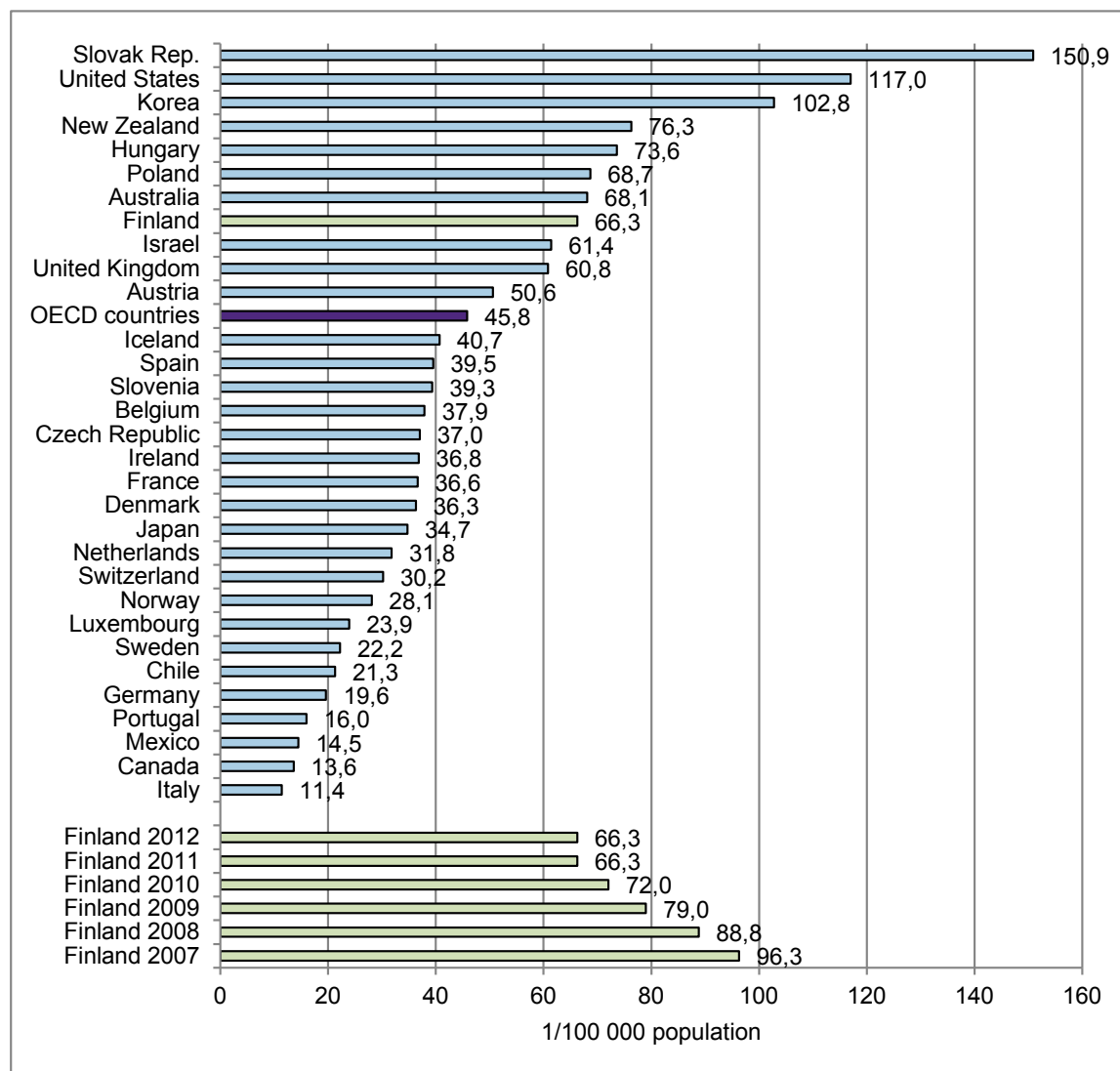
**Table 2. Asthma mortality in Finland per 100 000 population, 2000–2012 (people aged 5–39, total)**

	Total	Per year	Per 100 000 population
2000–2004	13	2.6	0.11
2005–2009	6	1.2	0.05
2010–2012	5	1.7	0.07
<b>2000–2012</b>	<b>24</b>	<b>1.8</b>	<b>0.08</b>

Source: Statistics Finland: Cause of Death Statistics

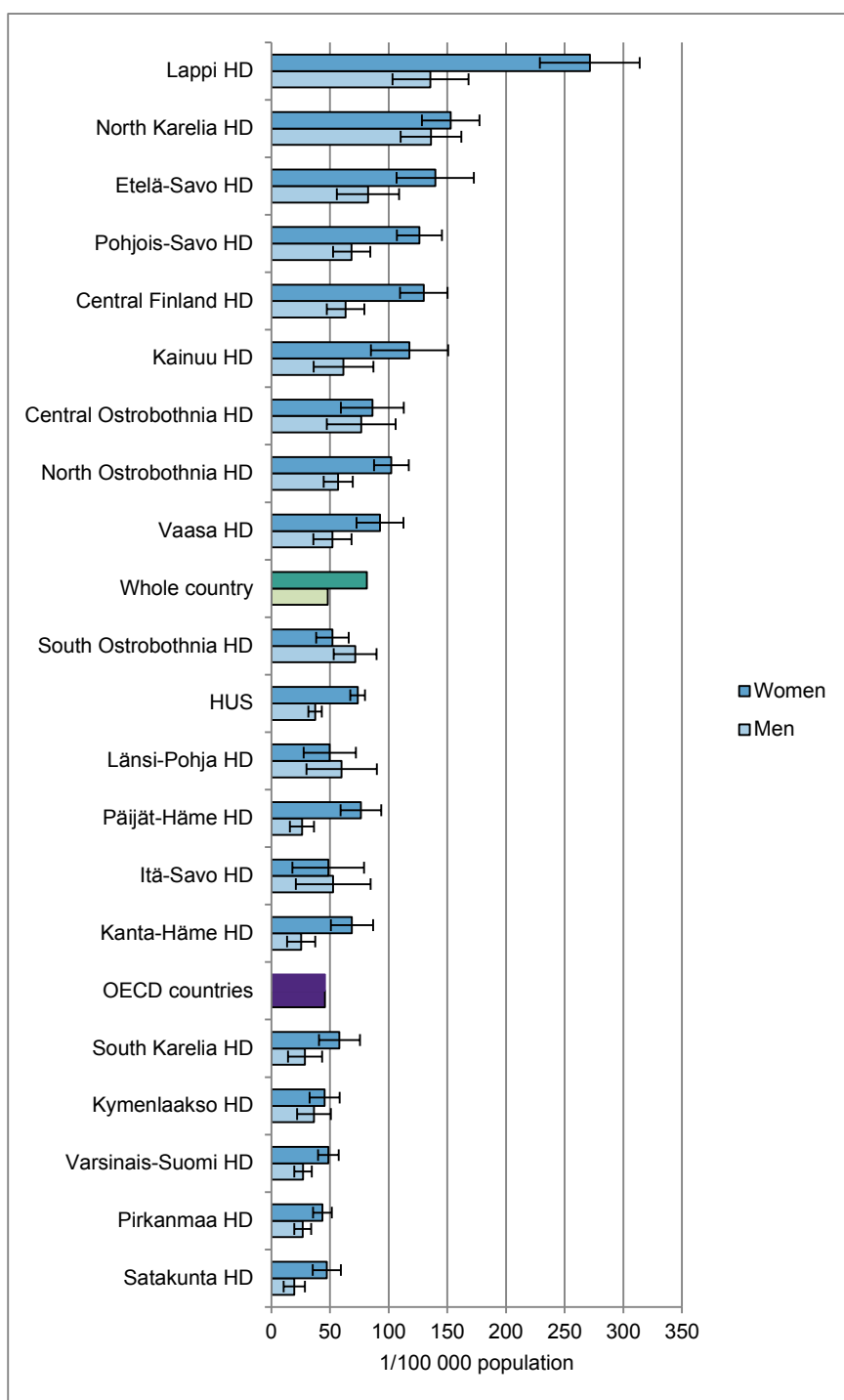
<sup>4</sup> [pxweb2.stat.fi/database/StatFin/Ter/ksyyt/ksyyt\\_fi.asp](http://pxweb2.stat.fi/database/StatFin/Ter/ksyyt/ksyyt_fi.asp)

**Figure 6. Asthma hospital admissions for people aged 15 and over per 100 000 population, OECD countries 2011 and Finland 2007–2012**



Source for OECD countries: OECD Health at a Glance 2013.

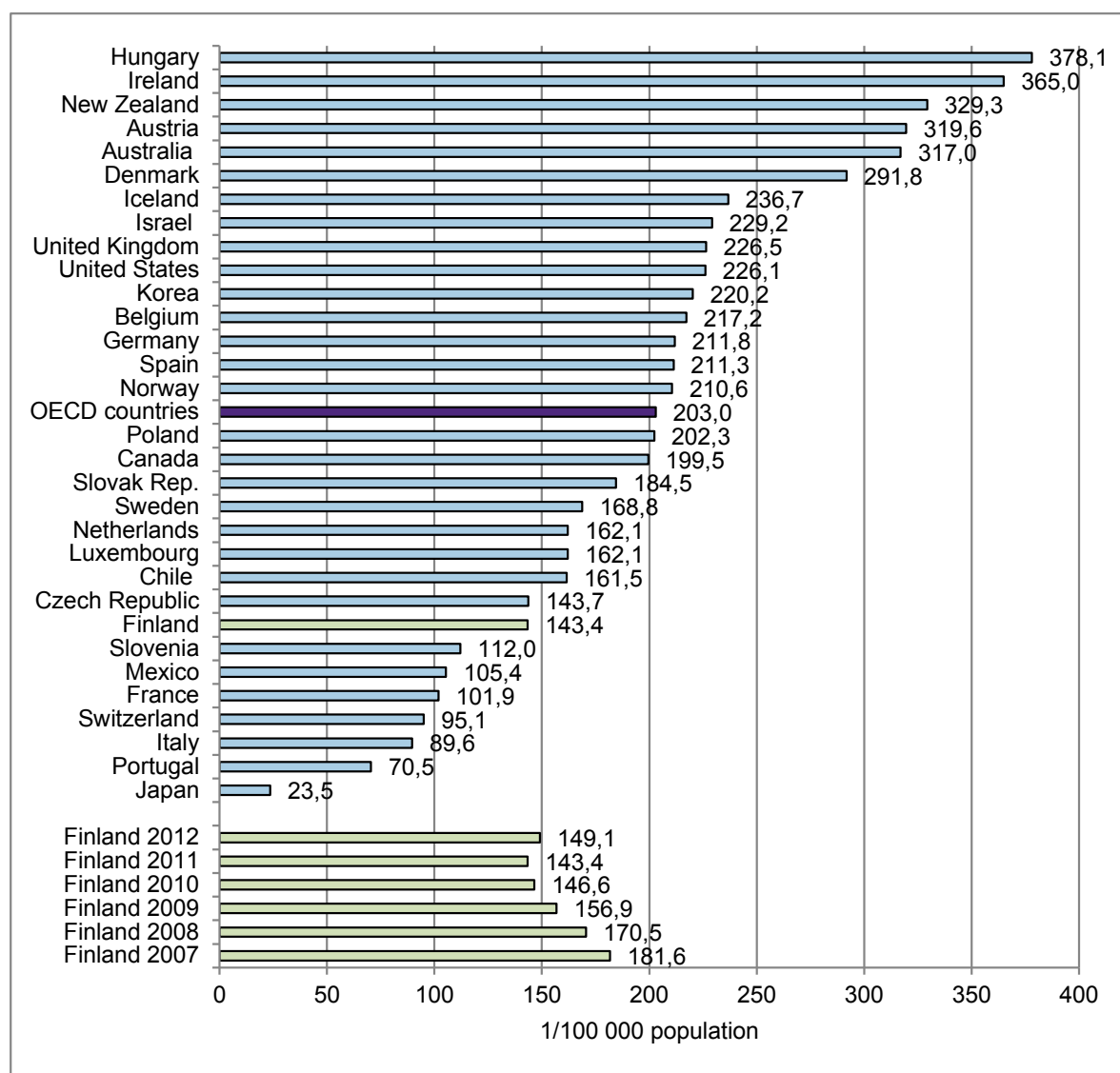
**Figure 7. COPD hospital admissions for people aged 15 and over per 100 000 population by sex and hospital district, 2012 and OECD average 2011**



Source for OECD countries: OECD Health at a Glance 2013.

For chronic obstructive pulmonary disease (COPD), the treatment ratio between primary care and specialised health care is similar to that for asthma, except that primary care interventions can reduce the prevalence of COPD and the exacerbation of COPD symptoms through smoking cessation support. An international comparison, using data from 2011, shows that in Finland COPD hospital admission rates are lower than the OECD average. The COPD admission rates decreased between 2007 and 2011, but took a turn upwards in 2012 (Figure 8). While there are regional differences in the COPD admission rates in Finland, the greatest differences are between men and women: smoking is more common among men and, therefore, also the prevalence of COPD is higher in men (Figure 9).

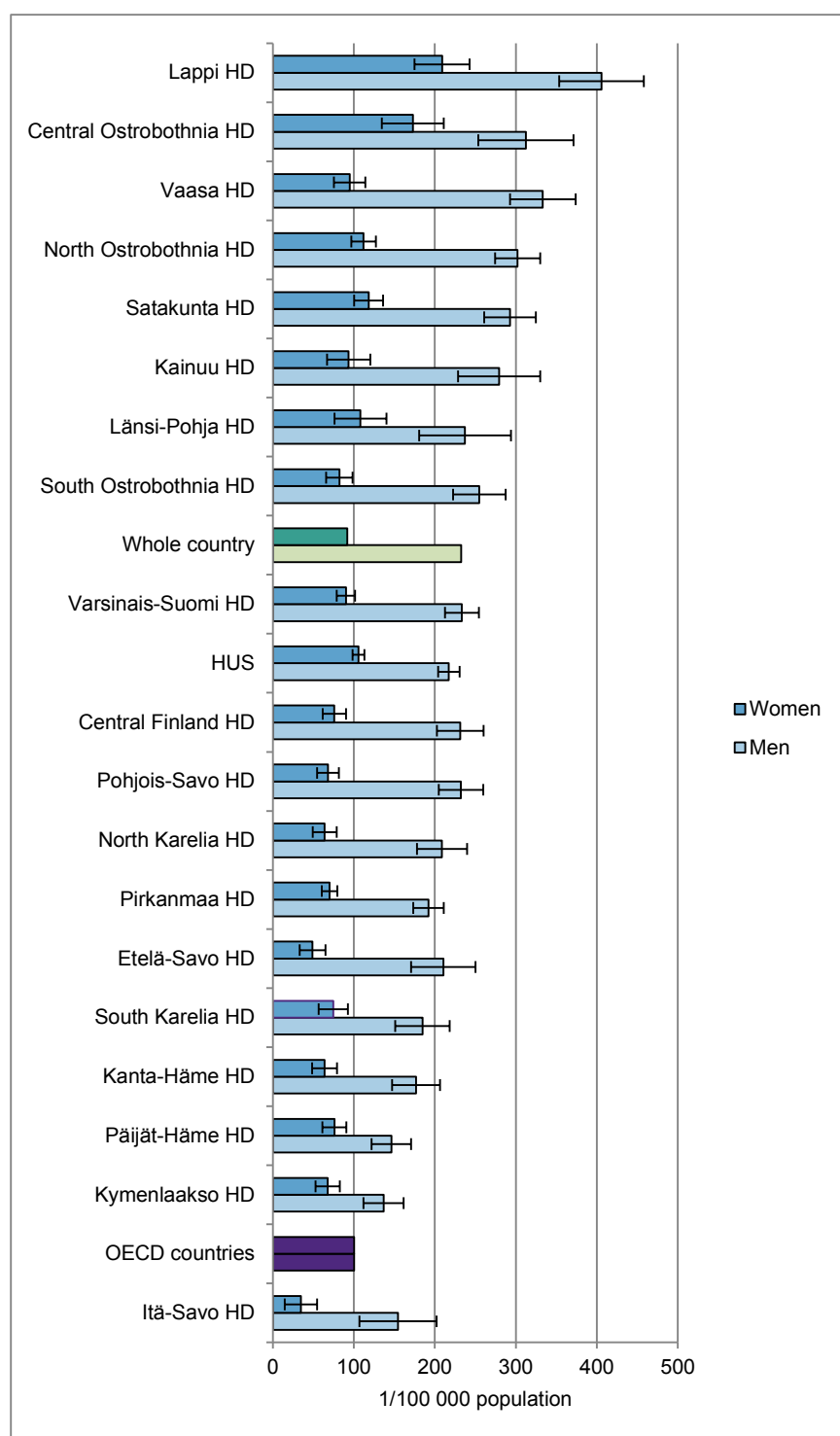
**Figure 8. COPD hospital admissions for people aged 15 and over per 100 000 population, OECD countries 2011 and Finland 2007–2012**



Source for OECD countries: OECD Health at a Glance 2013.



**Figure 9. COPD hospital admissions for people aged 15 and over per 100 000 population by sex and hospital district, 2012 and OECD average 2011**



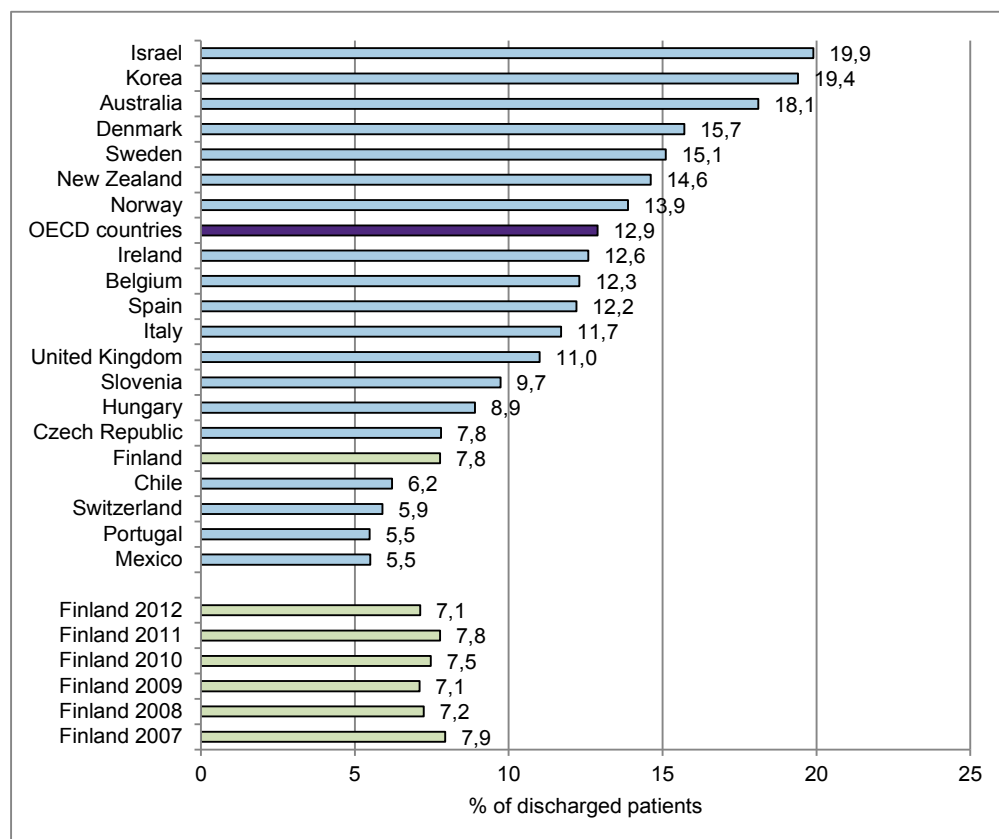
Source for OECD countries: OECD Health at a Glance 2013.

### 3. Mental disorders

It has been difficult in the OECD to find indicators that are good at describing the performance of mental health services because there is very little comparable data available. The only indicators that could be produced from data supplied by the OECD countries are the indicators on hospital re-admission to the same hospital within 30 days among patients discharged with schizophrenia and bipolar disorder.

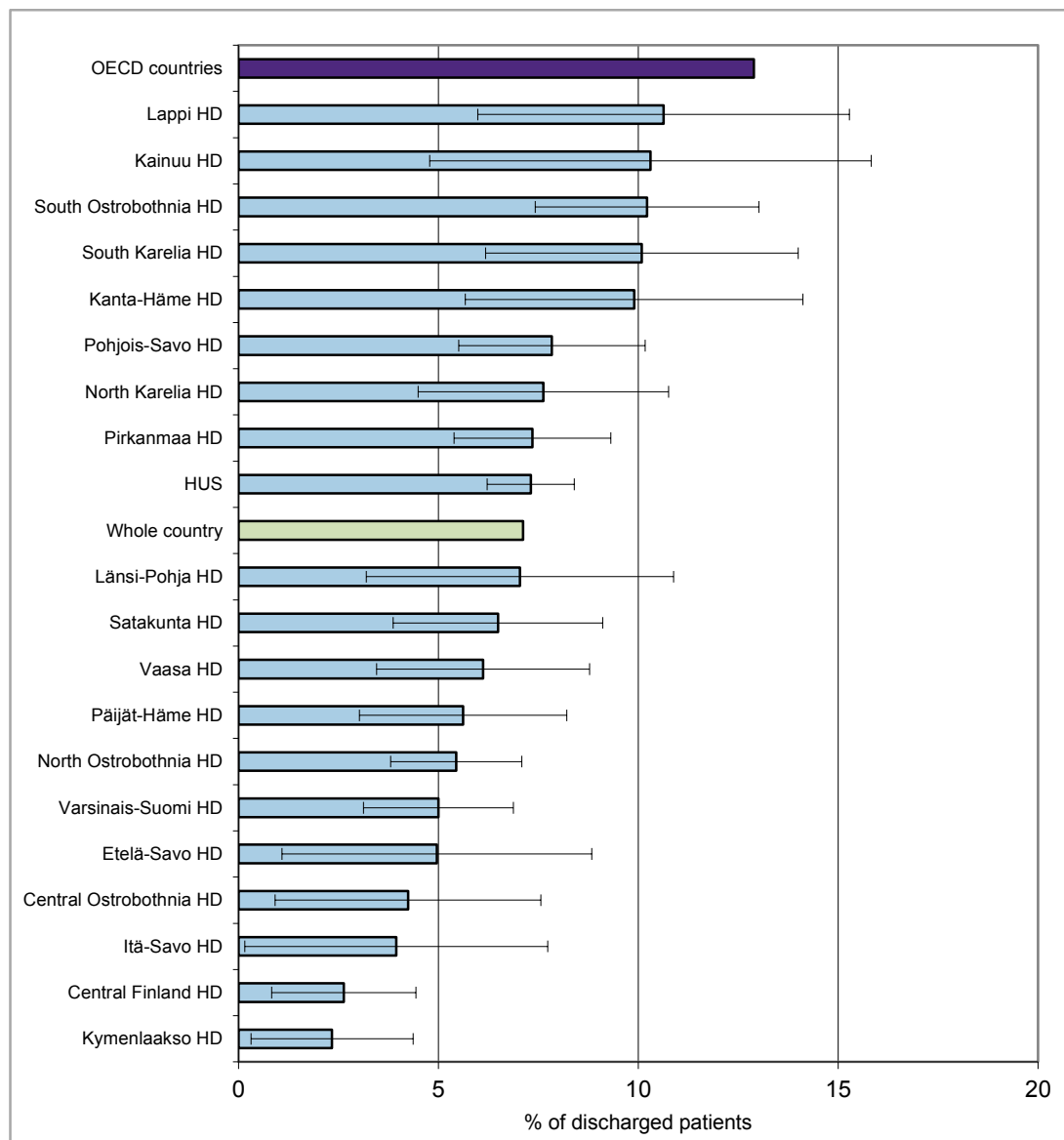
For both disorders, hospital re-admission rates within 30 days are in Finland lower than the OECD average (Figures 10 and 13). In 2007–2012 the figures for both disorders were fairly unchanged in Finland. Corresponding data can be presented by hospital district (Figures 11 and 14), but data are also available on hospital re-admission to any hospital within 30 days (Figures 12 and 15). The percentage of discharged schizophrenia patients who are re-admitted within 30 days varies from less than 5% to more than 10%. The re-admission rate was 10% or higher to the same hospital in five hospital districts and to any hospital in six hospital districts. The total numbers of patient re-admitted to hospital care are very low, showing a high uncertainty expressed by the wide confidence intervals. The re-admission rates for bipolar disorder are so low that a rate cannot be calculated for all hospital districts. Even when re-admission rates can be calculated for a hospital district, the confidence intervals are so wide that statistically there are no discernible differences between hospital districts. The indicators describing the performance of mental health services are based on the basic assumption that the risk for quick re-admission is reduced by successful inpatient care and by successful organisation of subsequent outpatient care and support.

**Figure 10. Unplanned re-admission within 30 days to the same hospital among patients discharged with schizophrenia, OECD countries 2011 and Finland 2007–2012, % of discharged patients**



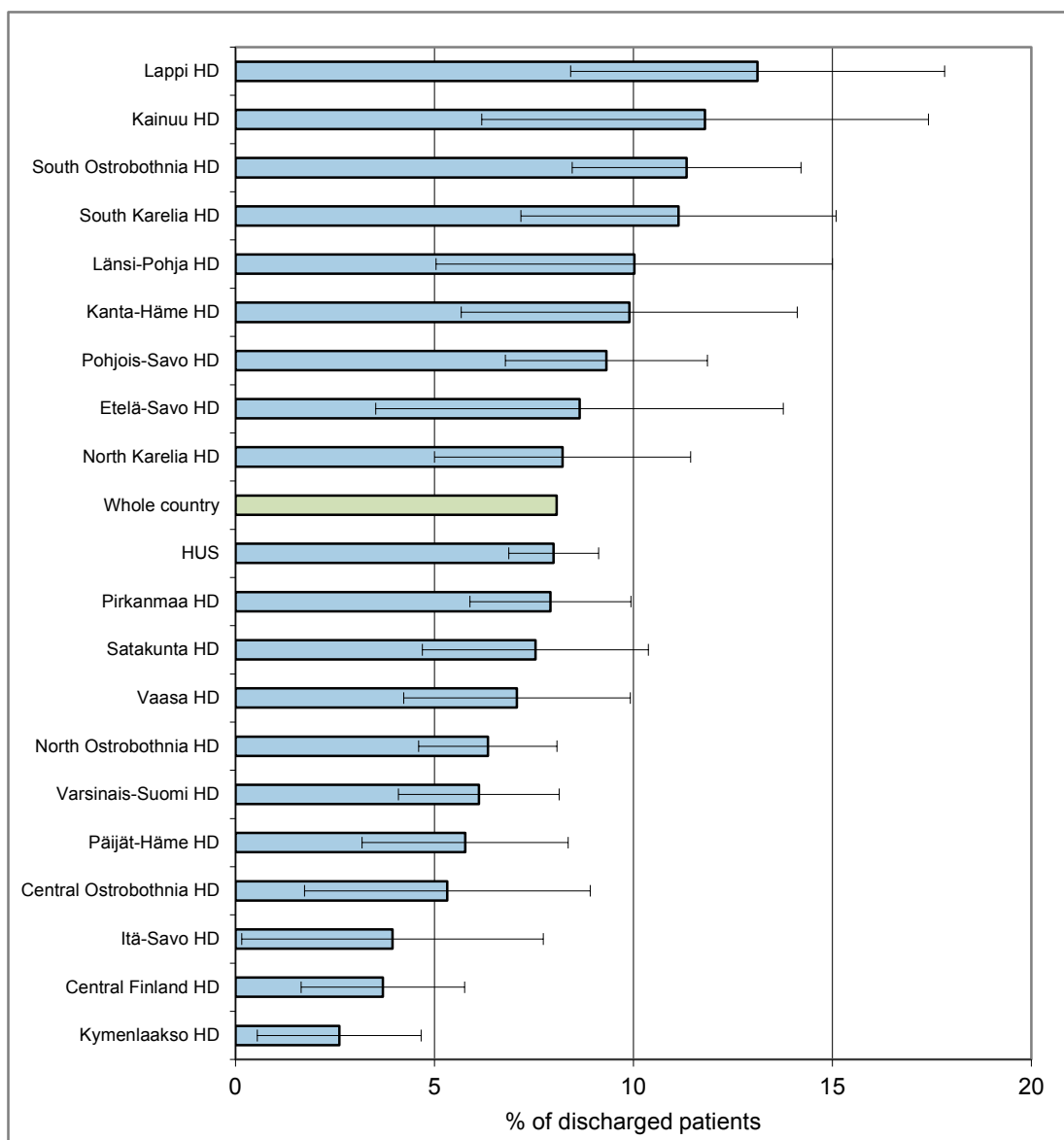
Source for OECD countries: OECD Health at a Glance 2013.

**Figure 11. Unplanned re-admission within 30 days to the same hospital among patients discharged with schizophrenia, by hospital district, 2012 and OECD average 2011, % of discharged patients**

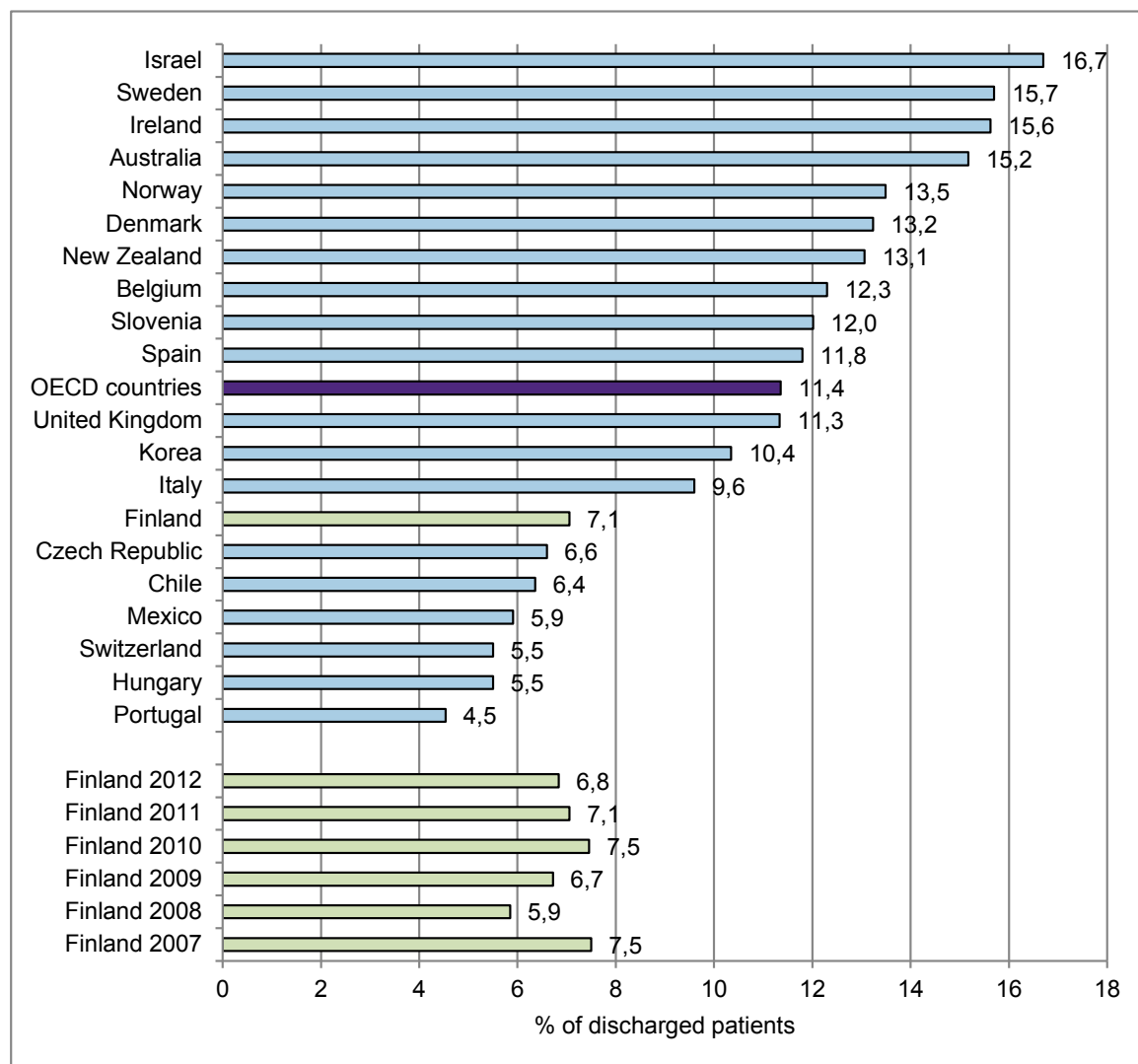


Source for OECD countries: OECD Health at a Glance 2013.

**Figure 12. Unplanned re-admission within 30 days to any hospital among patients discharged with schizophrenia, by hospital district, 2012, % of discharged patients**

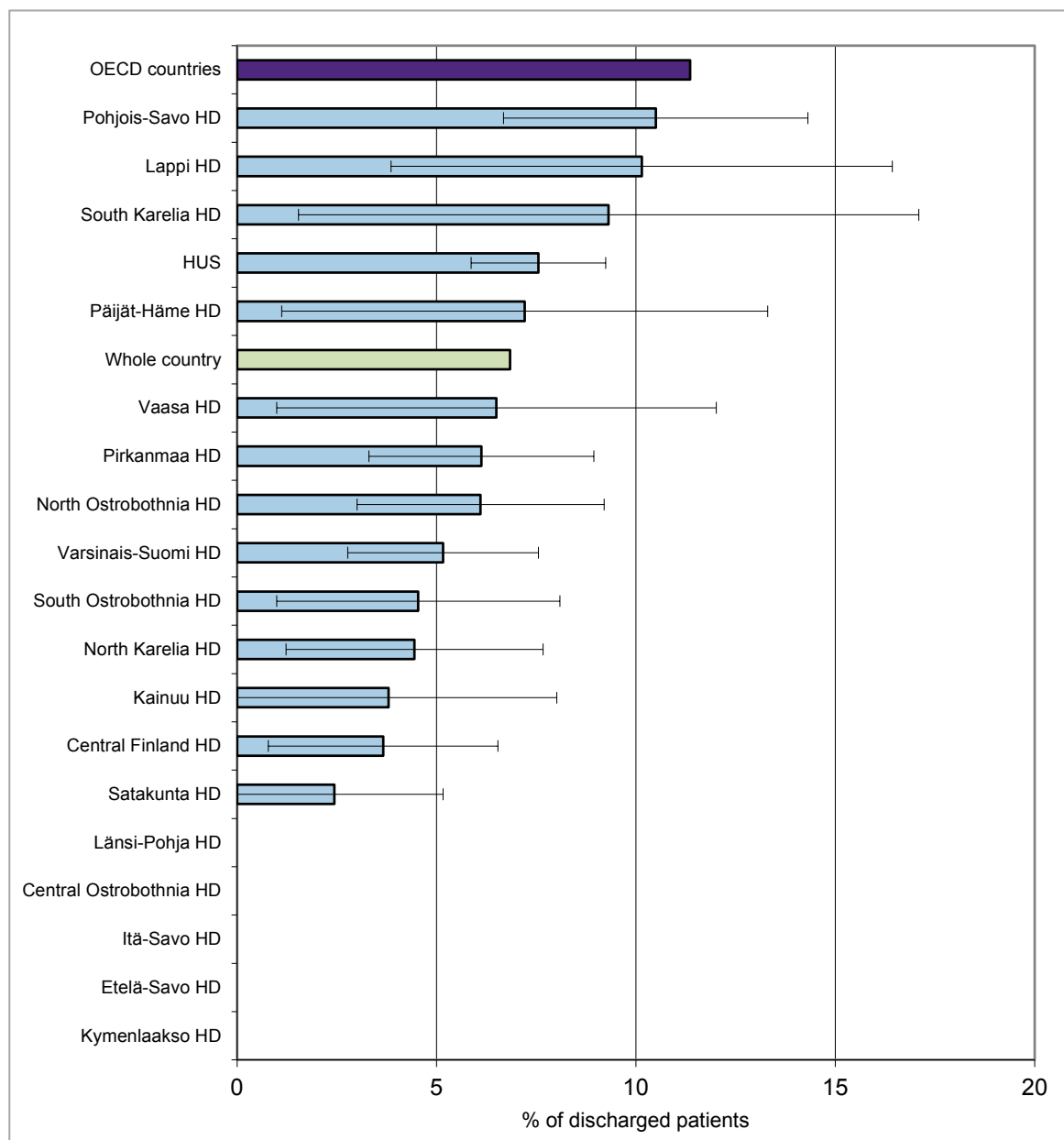


**Figure 13. Unplanned re-admission within 30 days to the same hospital among patients discharged with bipolar disorder, OECD countries 2011 and Finland 2007–2012, % of discharged patients**



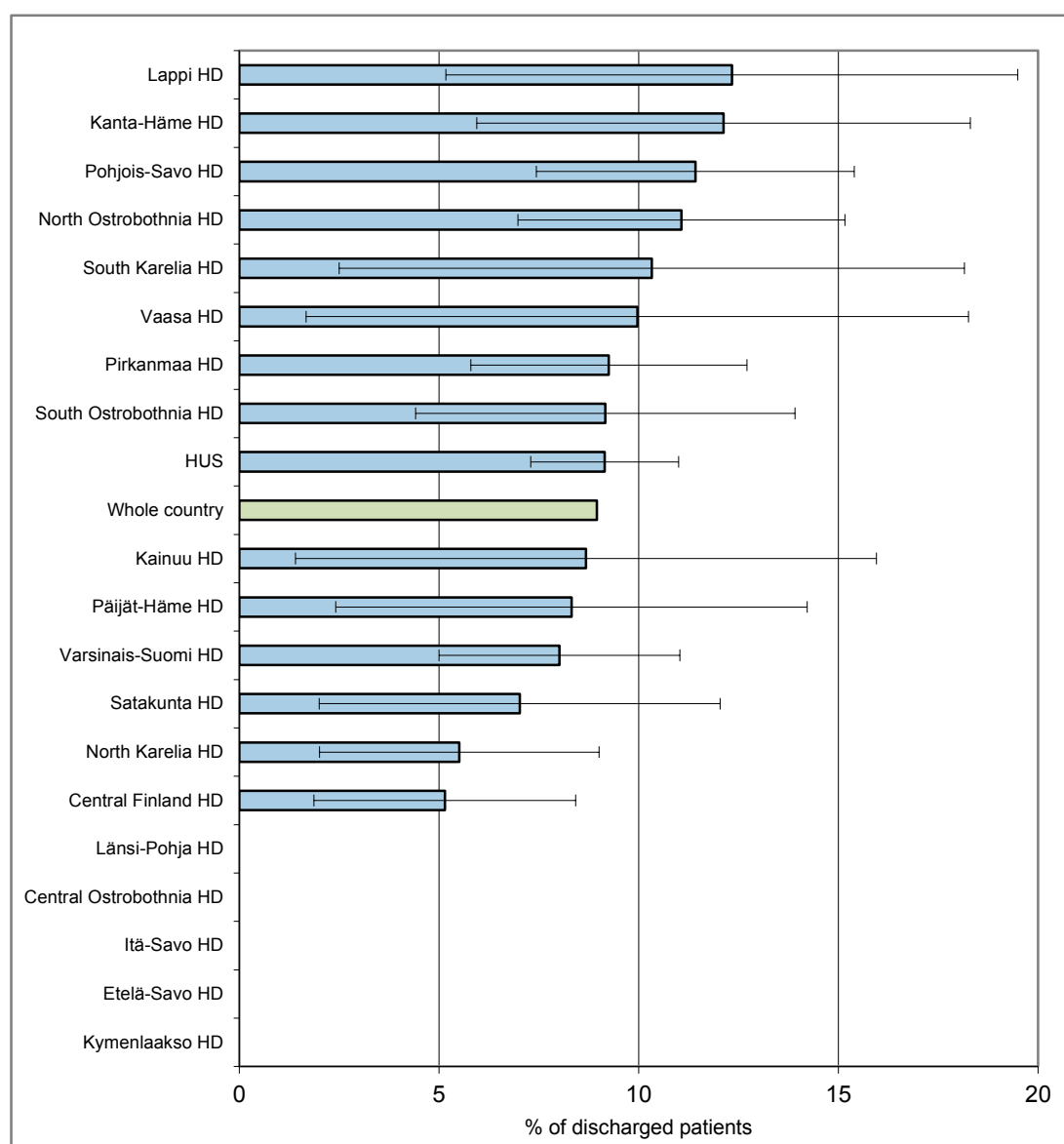
Source for OECD countries: OECD Health at a Glance 2013.

**Figure 14. Unplanned re-admission within 30 days to the same hospital among patients discharged with bipolar disorder, by hospital district, 2012 and OECD average 2011, % of discharged patients**



Source for OECD countries: OECD Health at a Glance 2013.

**Figure 15. Unplanned re-admission within 30 days to any hospital among patients discharged with bipolar disorder, by hospital district, 2012, % of discharged patients**



There are OECD indicators also for the mortality of patients discharged with a mental disorder compared with the mortality of the general population. A ratio value that is greater than one implies that people with mental disorders face a higher risk of death than the rest of the population. The OECD has published the data for only seven countries: Denmark, Finland, Israel, Korea, New Zealand, Slovenia, and Sweden. In these countries, the mortality rate for persons diagnosed with schizophrenia was 4–9 times higher than the mortality rate for the general population in 2011. In Finland, excess mortality from schizophrenia was at the OECD average, the ratio being 6 in 2011. The mortality rate for persons diagnosed with bipolar disorder was 2–7 times higher than the mortality rate for the general population in 2011. In Finland, excess mortality from bipolar disorder was at the OECD average, the ratio being 4 in 2011. At the moment it is not possible to calculate data by regions in Finland.

## 4. Patient safety

Patient safety forms the foundation of all health care functions together with care needs, care outcomes and access to care. It is also an essential component of the quality of care. The Finnish hospital-district-specific figures concerning the OECD patient safety indicators are calculated following chiefly the same principles as has been used in the calculation of figures for the international comparison. The difference is that the OECD standardises the indicators for surgical procedures by the number of secondary diagnoses. This standardisation is not used in the Finnish data, and therefore the data for other OECD countries are not directly comparable with the hospital district data. As a result, two indicator rates are presented for Finland in this report.

### 4.1 Obstetric trauma

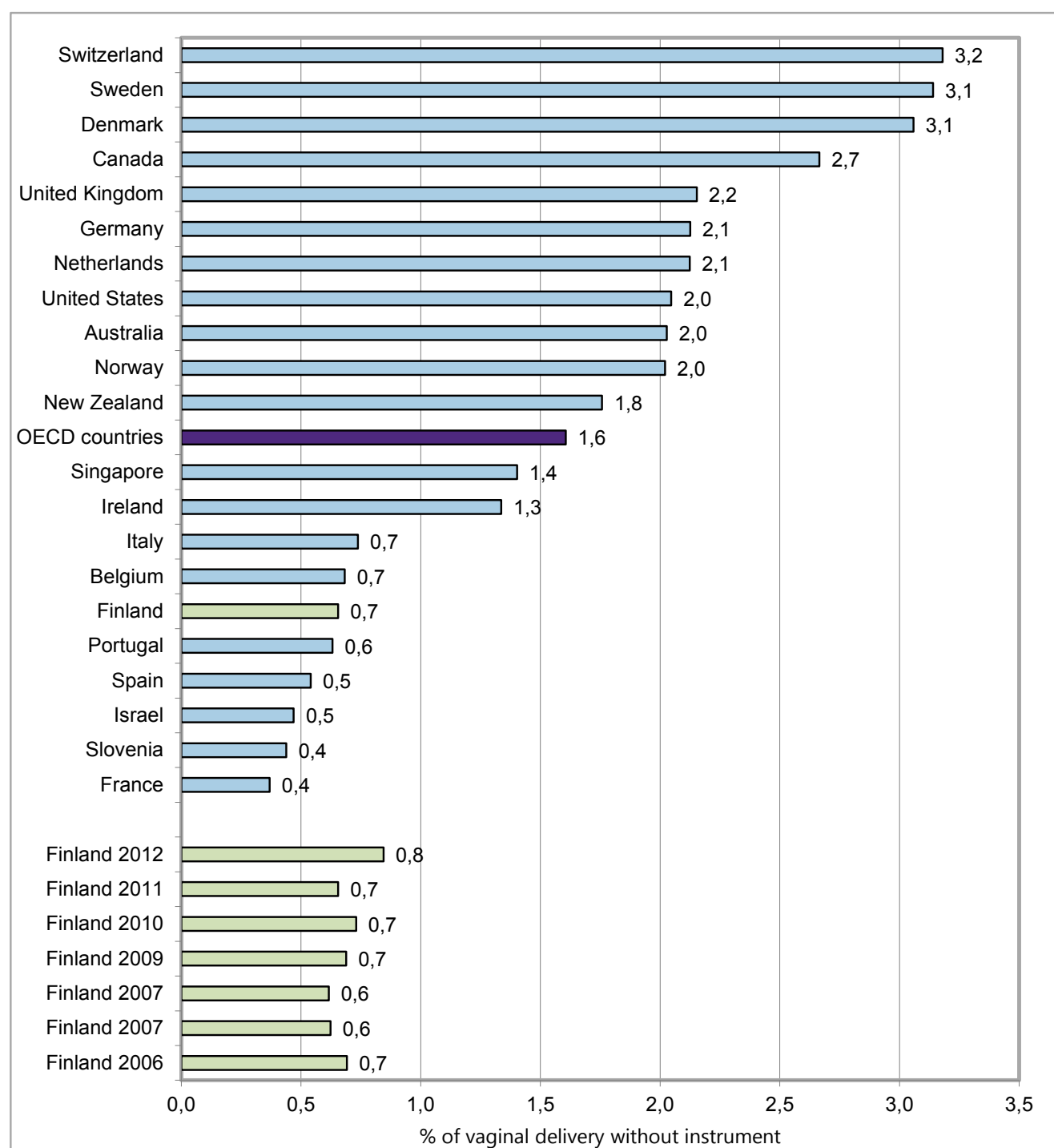
Obstetric traumas, i.e., third or fourth degree perineal tears during vaginal delivery, are often avoidable by employing appropriate labour management and high-quality obstetric care. The rate of obstetric trauma during vaginal delivery without instrument was in Finland significantly lower (0.8% in 2012) than the OECD average (1.6% in 2011). Sweden and Denmark were the Nordic countries with the highest obstetric trauma rates (over 3%). Even Canada (2.7%) and Switzerland (3.2%) had high rates (Figure 16). There are differences between the Nordic countries in the use of episiotomy, which may affect the differences in the countries' obstetric trauma rates.

Obstetric trauma is clearly more common in instrument-assisted deliveries, i.e. deliveries using forceps or vacuum extraction, than in vaginal deliveries where no instruments are used (Figure 18). In Finland, the proportion of obstetric trauma during instrument-assisted vaginal delivery has been on the increase and was 3.9% in 2012. The OECD average is, however, even higher than this (5.5% in 2011). The rates of obstetric trauma during instrument-assisted delivery are especially high in Canada (13.7%), the United States (12.5%), and Sweden (11.1%).

There are significant variations in the obstetric trauma rates between hospital districts in Finland (Figures 17 and 19). The rates of obstetric trauma during vaginal delivery without instrument were lower than the OECD average in all hospital districts in 2008–2012, while the rates of obstetric trauma during instrument-assisted delivery were in some hospital districts higher than the OECD average. The comparison does not take into account differences in obstetric practices, such as the use of episiotomy, or regional differences in parturients, such as age distribution and number of primiparas.

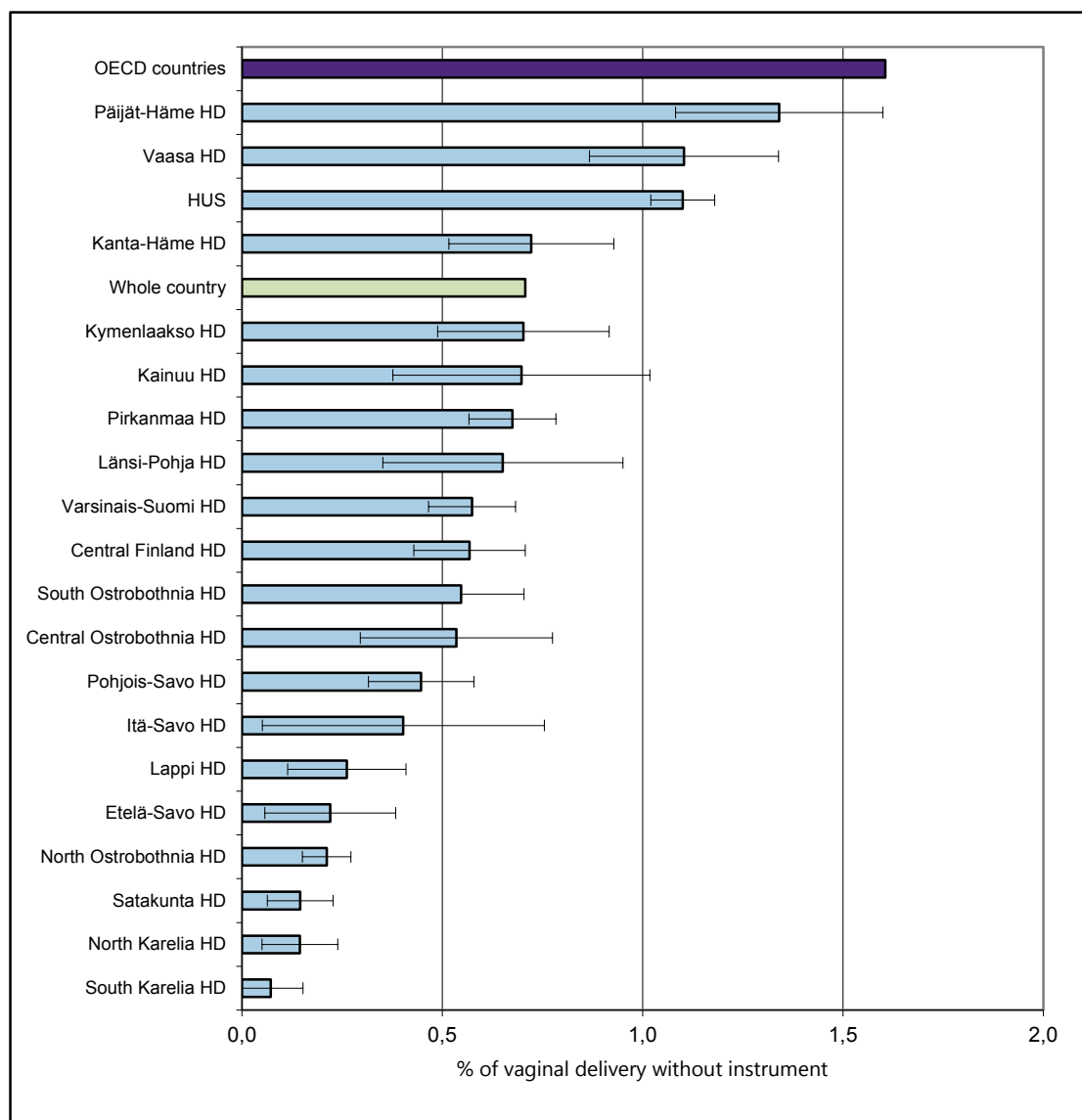


**Figure 16. Obstetric trauma during vaginal delivery without instrument, OECD countries 2011 and Finland 2006–2012, %**



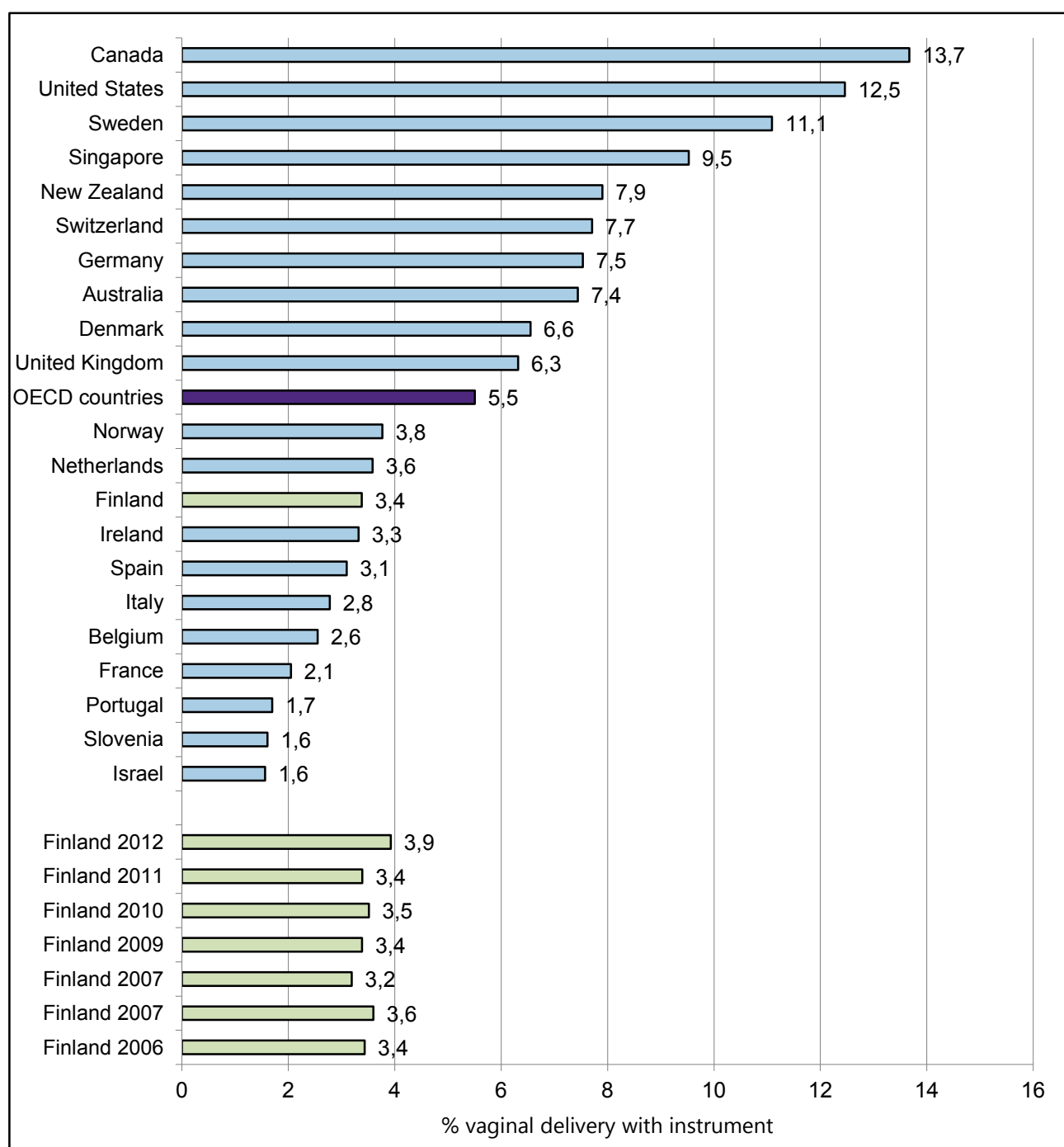
Source for OECD countries: OECD Health at a Glance 2013.

**Figure 17. Obstetric trauma during vaginal delivery without instrument by hospital district, 2008–2012 and OECD average 2011, %**



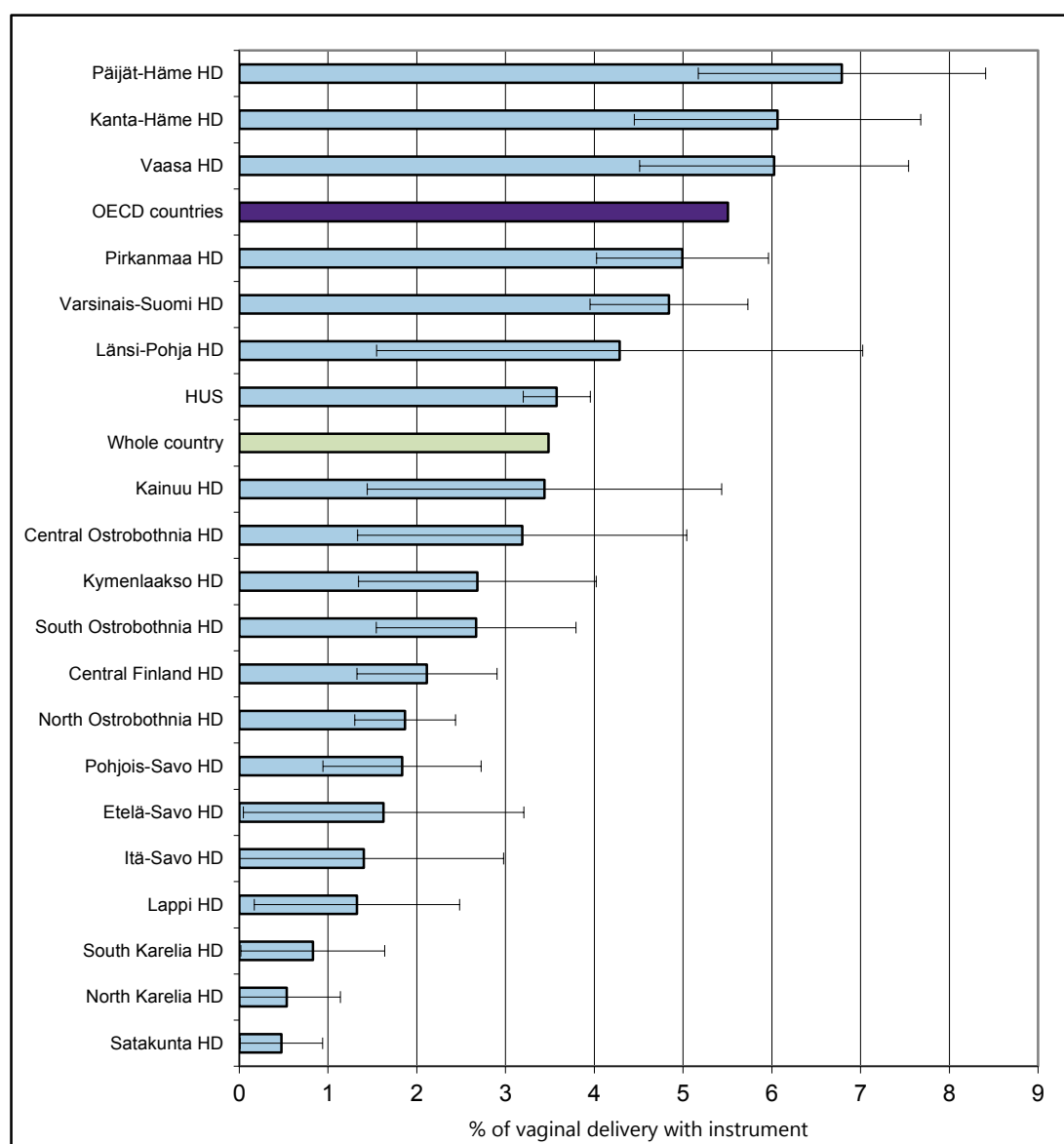
Source for OECD countries: OECD Health at a Glance 2013.

**Figure 18. Obstetric trauma during vaginal delivery with instrument, OECD countries 2011 and Finland 2006–2012, %**



Source for OECD countries: OECD Health at a Glance 2013.

**Figure 19. Obstetric trauma during vaginal delivery with instrument by hospital district, 2008–2012 and OECD average 2011, %**



Source for OECD countries: OECD Health at a Glance 2013.

## 4.2 Surgical procedures

In health care, some patient safety events are so-called adverse events that are recognised risks associated with some procedures, i.e., they can be expected to occur for a small proportion of patients. Adverse events can never be fully avoided, given the high-risk nature of many procedures. The patient safety indicator captures potential problems in the quality of care when there are increased rates of surgical complications. Another type of patient safety events are sentinel events, i.e., events that should never happen if procedures were performed appropriately.

Failure to remove surgical foreign bodies at the end of a procedure is an example of events that should never take place. Foreign bodies are, however, sometimes left in during procedure, according to data retrieved from the OECD countries. International variations are great, and it is likely that there are significant differences in the practices of recording the events where foreign

bodies were left in during procedure. In Finland, the average annual number was just under 18, based on the Care Register data for 2008–2012. All but one hospital district experienced such events. However, according to feedback from hospital districts, sometimes foreign bodies are deliberately left in during procedure. Finland's ranking is better than the OECD average, although not all data from Finland are fully comparable with data from other OECD countries. In 2007–2012, the rate of foreign bodies left in during procedure has remained fairly stable. As the number of events is relatively low, the data by hospital district are presented as a summary of the years 2008–2012 (Figure 21).

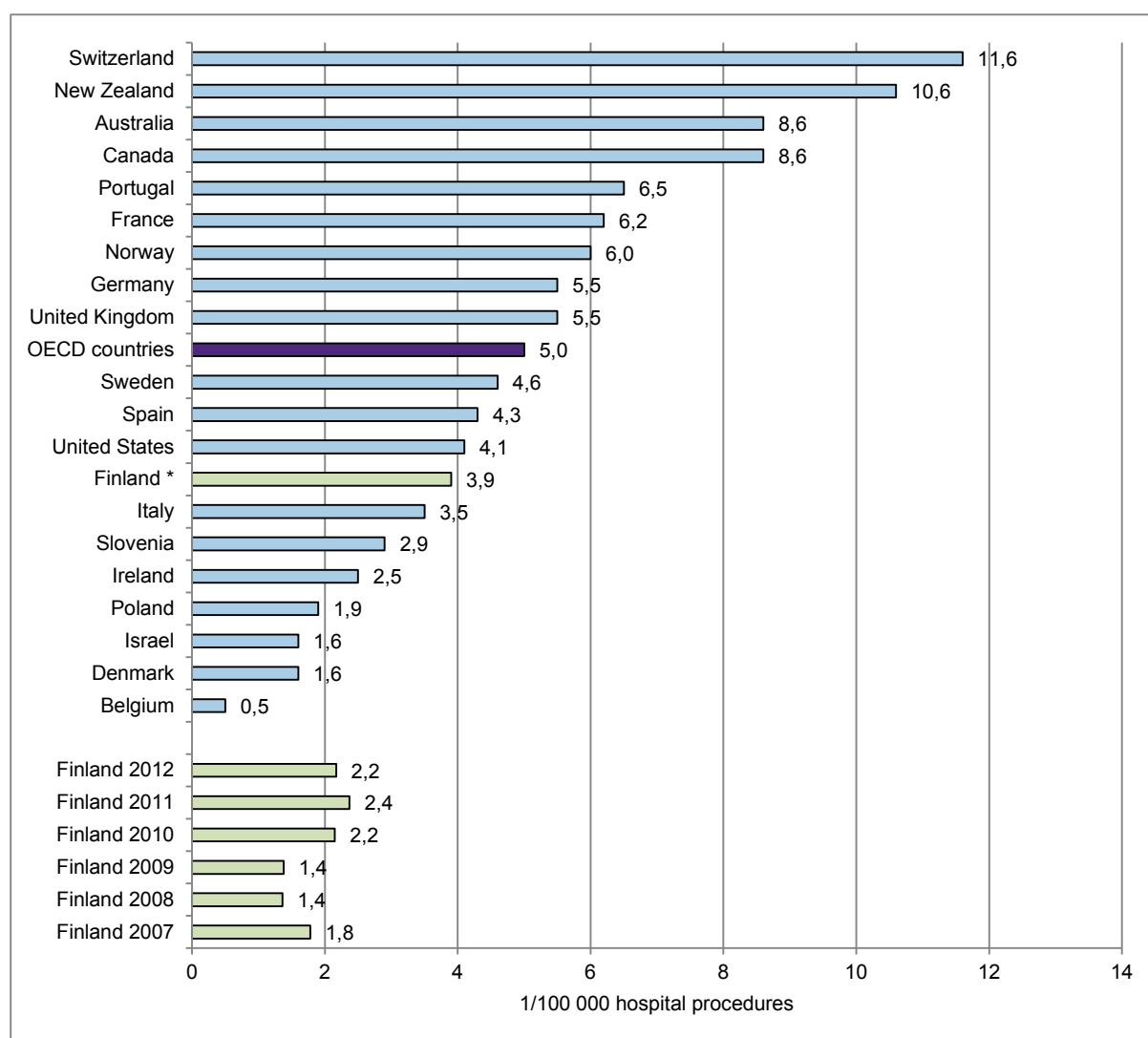
Post-operative pulmonary embolism (PE) and deep vein thrombosis (DVT) are recognised risks associated with surgical procedures, but their risk can be reduced by adhering to approved clinical practices. Post-operative length of stay at hospital is often short in Finland, and PE or DVT can develop even after discharge or hospital transfer. The OECD indicator for post-operative PE or DVT describes situations where the adverse event takes place at hospital before the patient is discharged.

The rate of post-operative PE or DVT is in Finland at the OECD average. An increase in the rate in 2007–2012 is probably an indication of improved recording practices rather than worse care (Figure 22). Even for this indicator, the data by hospital district are presented as a summary of the years 2008–2012. There are great variations between hospital districts, but even here the variations may be due to differences in recording practices (Figure 23).

Post-operative sepsis is another example of adverse event that is a recognised risk of some procedures. The risk can, however, be reduced by complying with approved clinical practices. Even this OECD indicator describes situations where the adverse event takes place at hospital before the patient is discharged. In Finland the rate of post-operative sepsis is slightly lower than the OECD average, although the figures are not fully comparable (Figure 24). There are also differences between hospital districts (Figure 25). A more reliable comparison could be achieved if even other than in-hospital events, e.g. events within 30 days, were included in the indicator.

Accidental puncture or laceration is an adverse event that in theory should never happen, but it is also more likely an event than failure to remove foreign body during procedure. This indicator was not included in the 2013 OECD comparison. In Finland, it is likely that the recording practices vary considerably, and therefore no conclusions can be drawn about differences between hospital districts based on the data available.

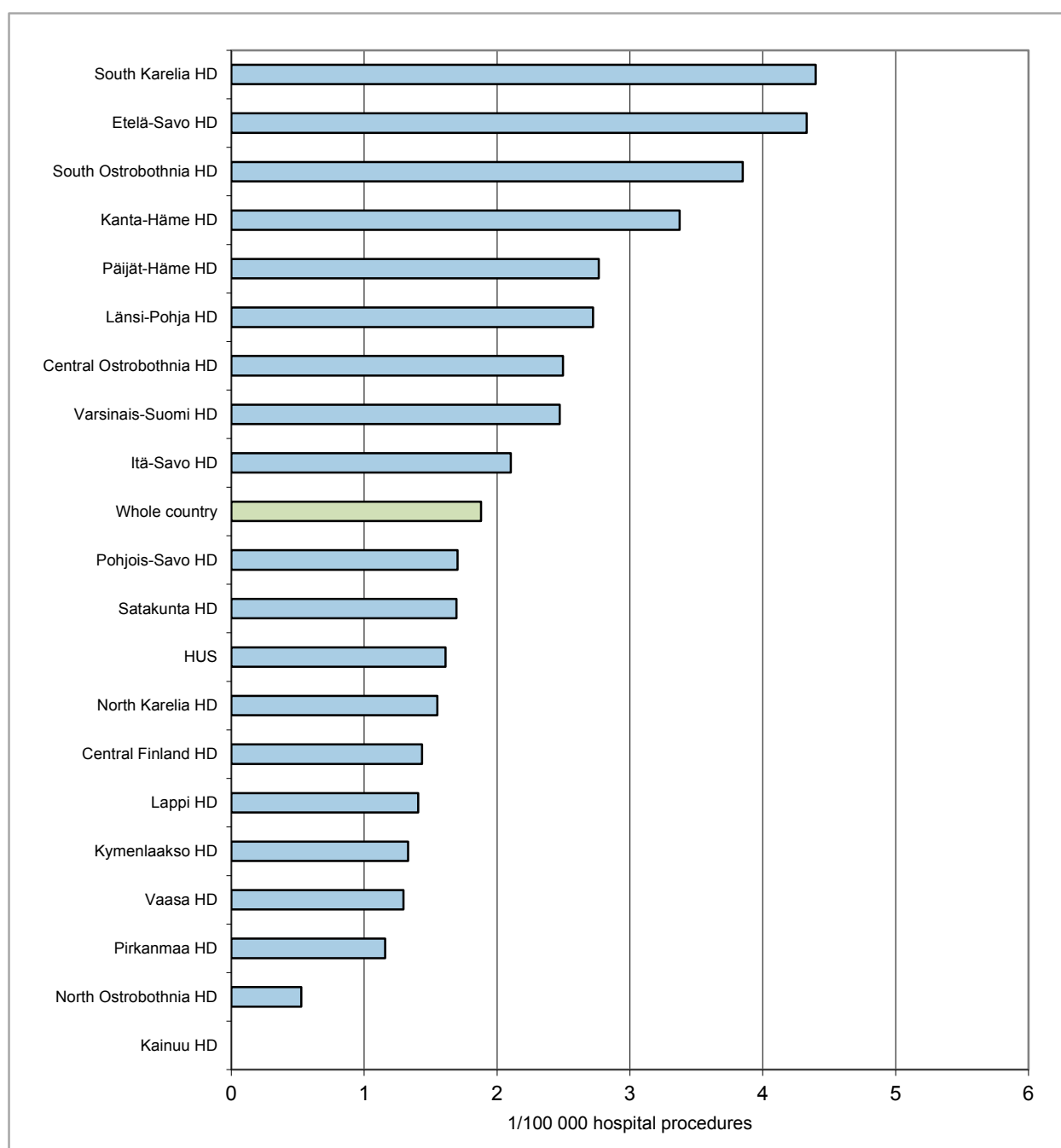
**Figure 20. Foreign body left in during procedure per 100 000 hospital procedures, OECD countries 2011 and Finland 2007–2012**



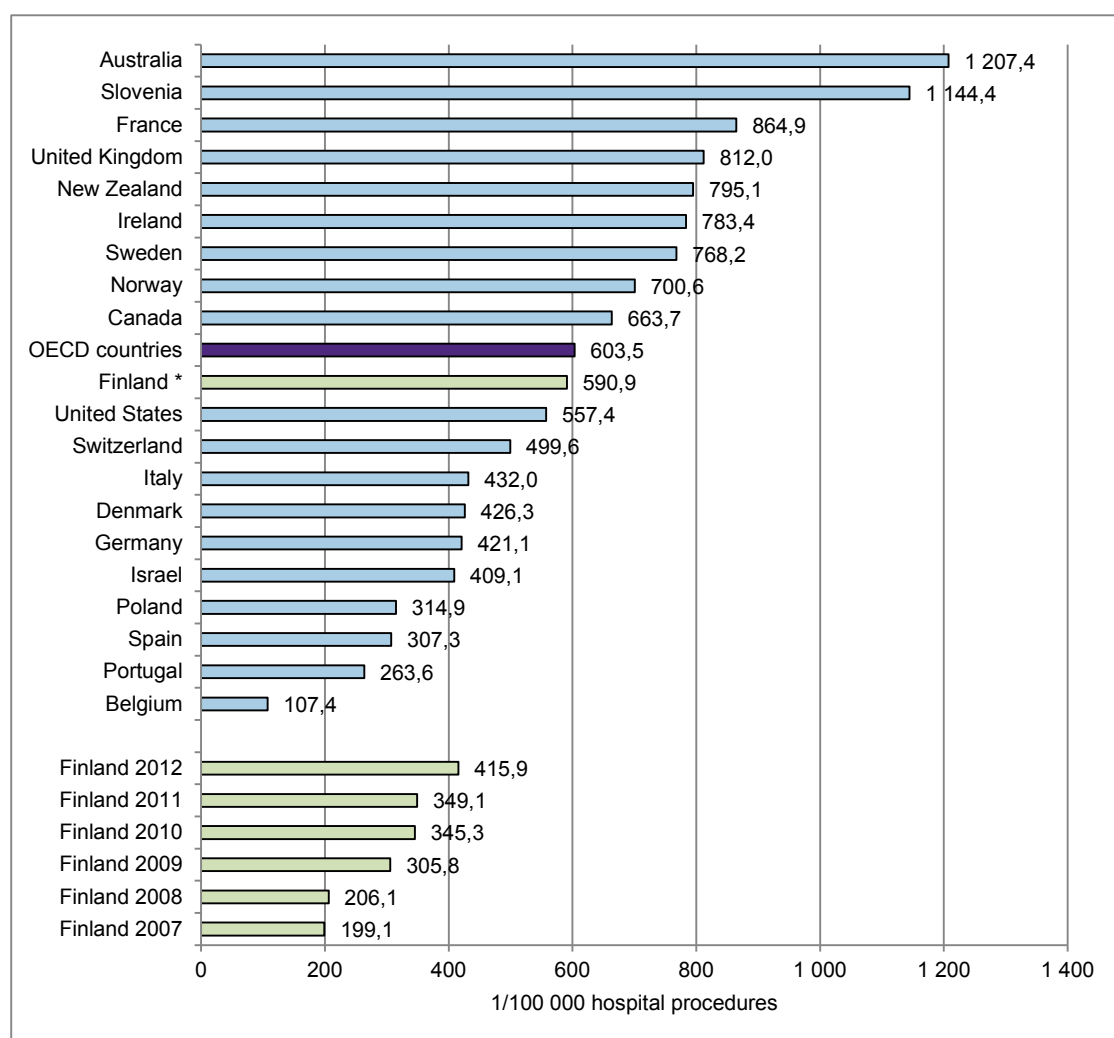
\* The OECD figures are standardised for the number of secondary diagnoses, and are therefore not fully comparable with the Finnish figures.

Source for OECD countries: OECD Health at a Glance 2013.

**Figure 21. Foreign body left in during procedure per 100 000 hospital procedures by hospital district, 2008–2012**



**Figure 22. Post-operative pulmonary embolism or deep vein thrombosis per 100 000 hospital procedures, OECD countries 2011 and Finland 2007–2012**

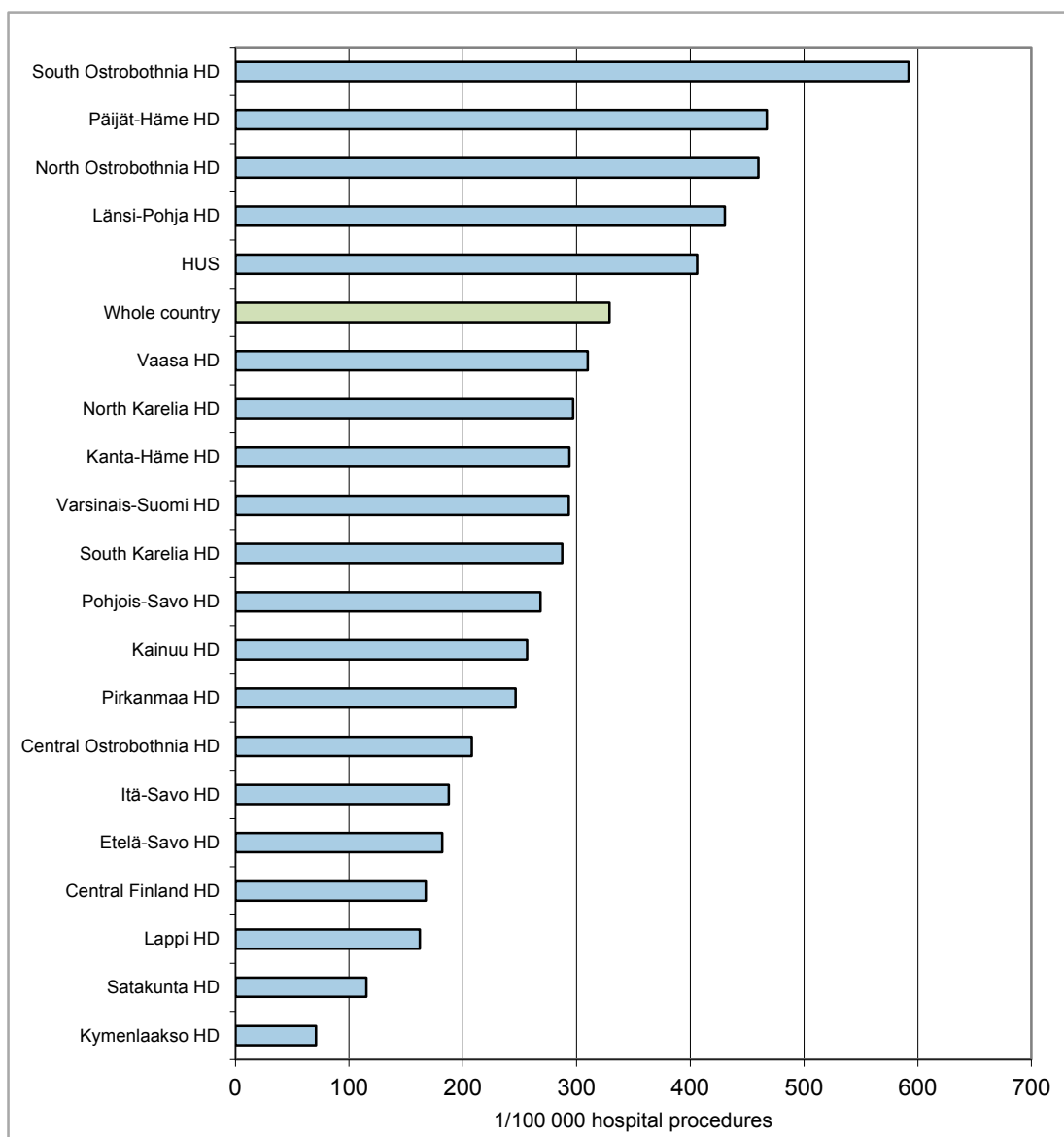


\* The OECD figures are standardised for the number of secondary diagnoses, and are therefore not fully comparable with the Finnish figures.

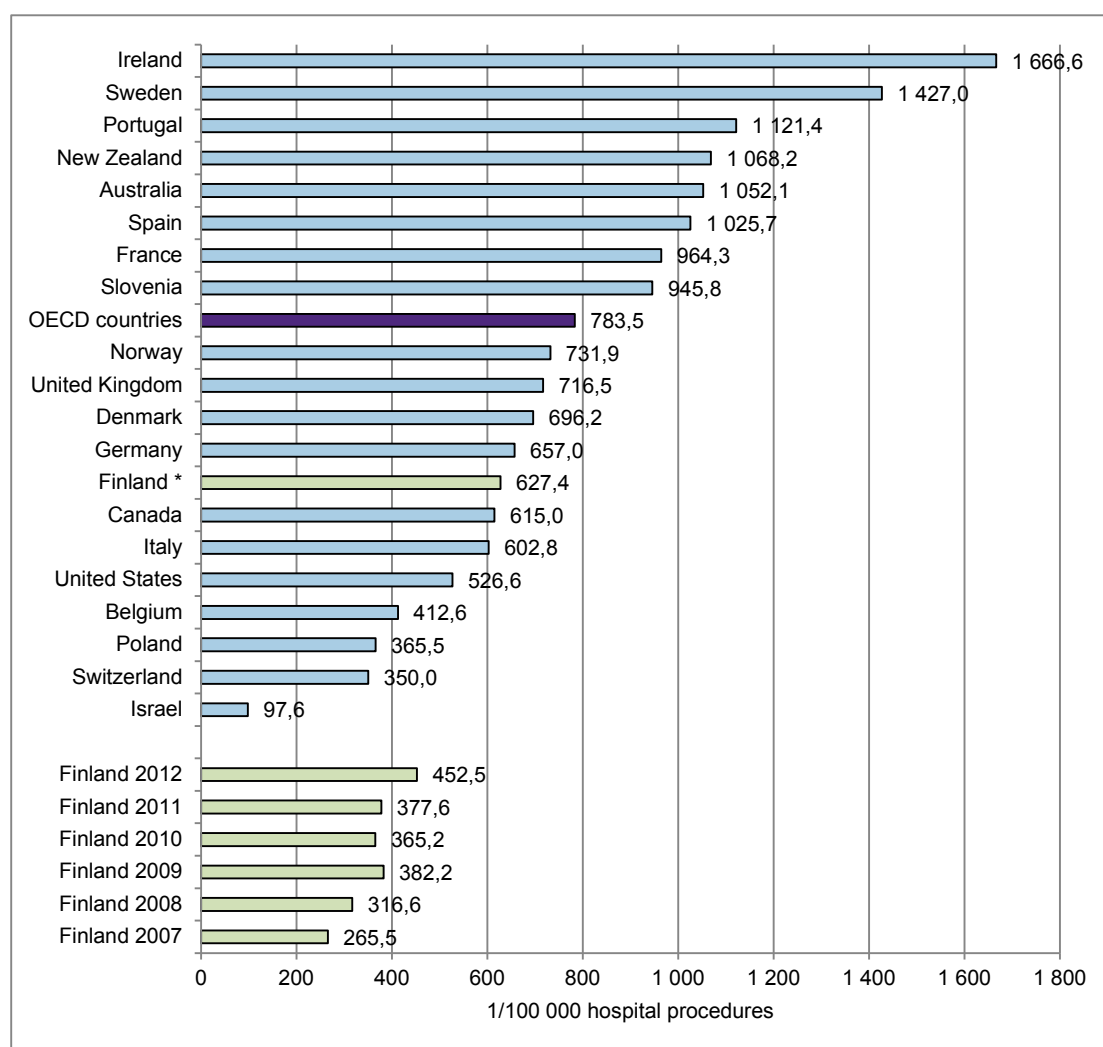
Source for OECD countries: OECD Health at a Glance 2013.



**Figure 23. Post-operative pulmonary embolism or deep vein thrombosis per 100 000 hospital procedures by hospital district, 2008–2012**



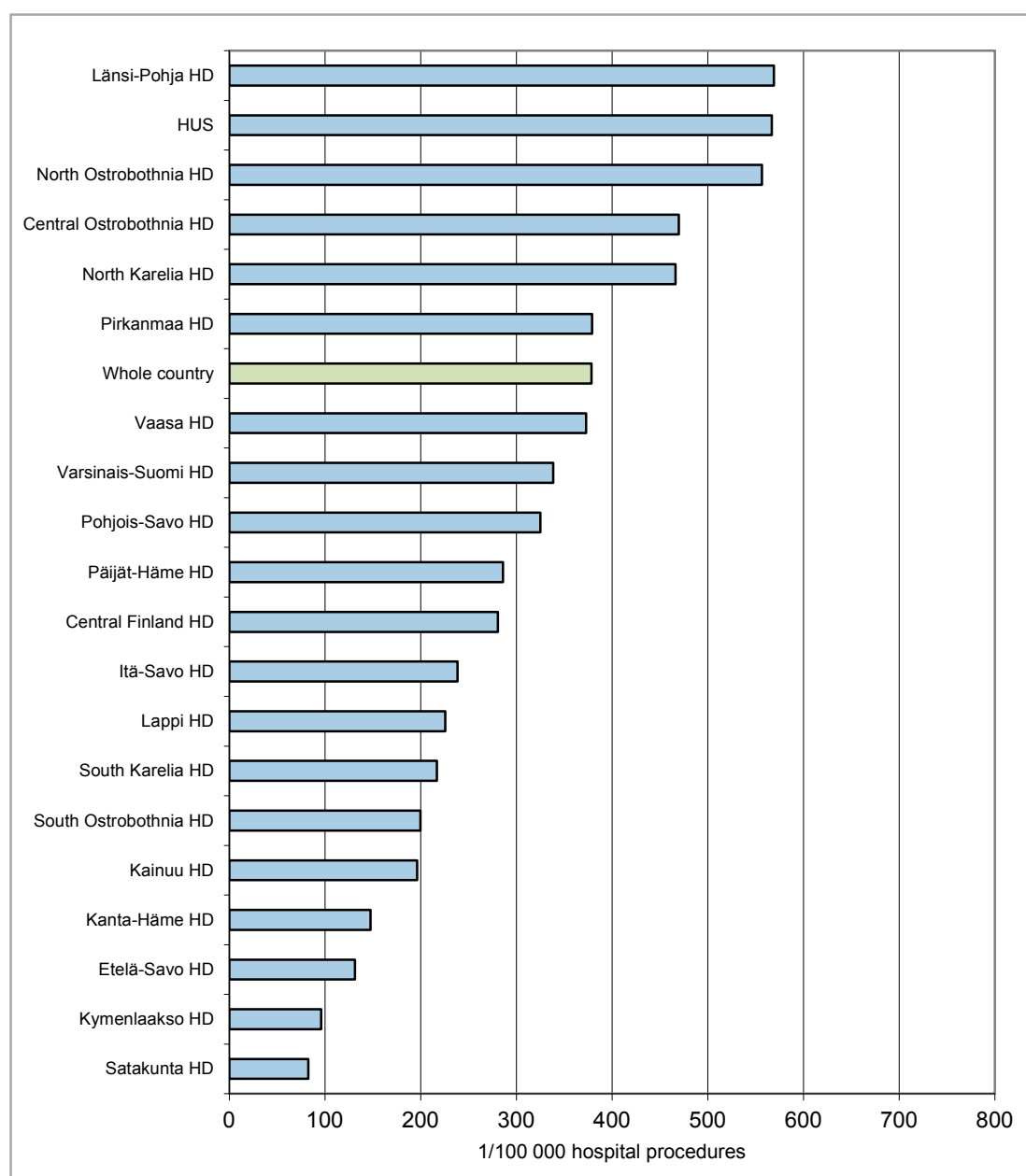
**Figure 24. Post-operative sepsis per 100 000 hospital procedures, OECD countries 2011 and Finland 2007–2012**



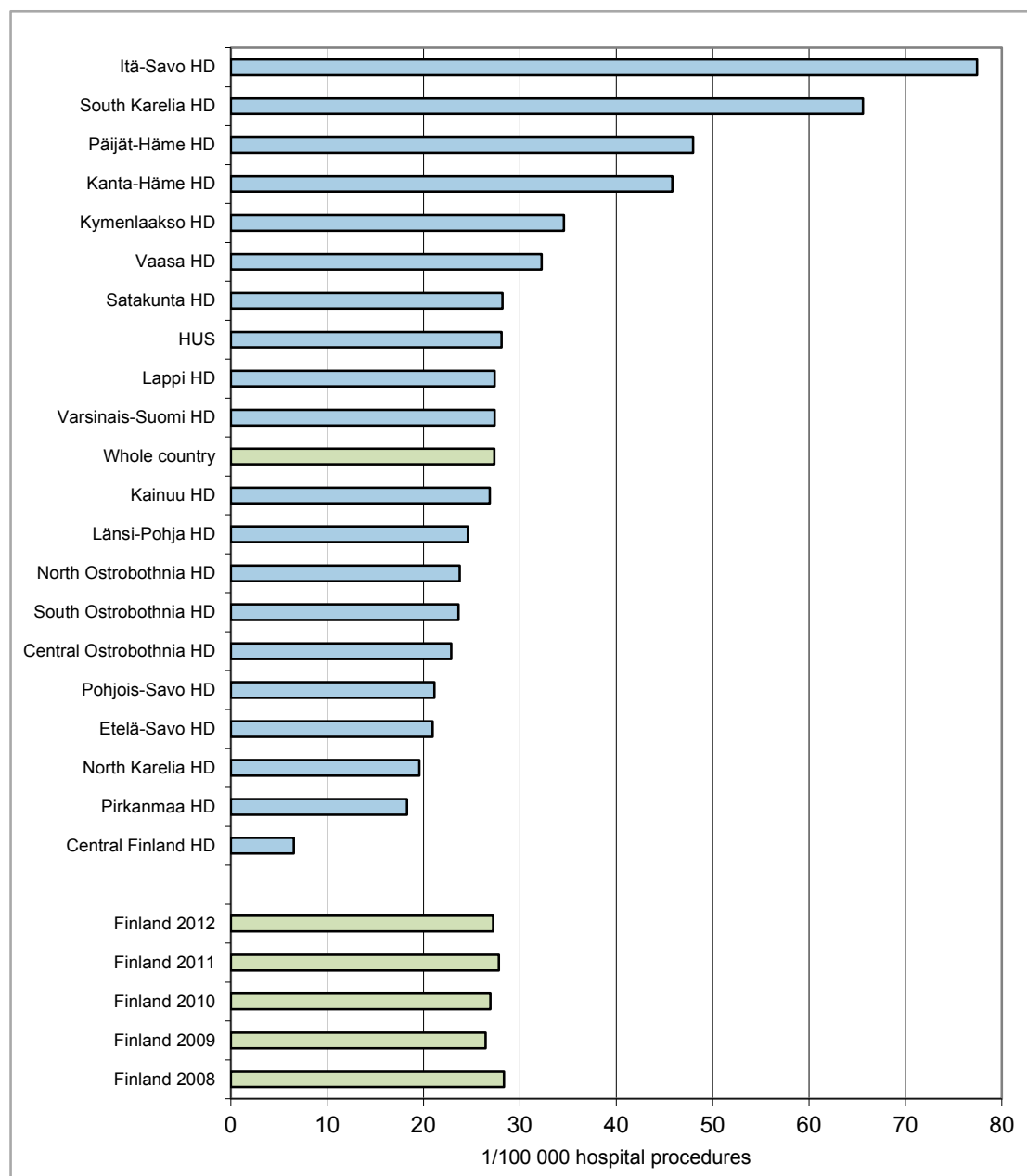
\* The OECD figures are standardised for the number of secondary diagnoses, and are therefore not fully comparable with the Finnish figures.

Source for OECD countries: OECD Health at a Glance 2013.

**Figure 25. Post-operative sepsis per 100 000 hospital procedures by hospital district, 2008–2012**



**Figure 26. Accidental puncture or laceration per 100 000 hospital procedures by hospital district, 2008–2012**



## 5. Cancers

The OECD Health Care Quality Indicators are used to measure the effectiveness of cancer care systems, taking into account both prevention of the disease and the effectiveness of treatment. The indicators include cancer mortality, cancer survival and screening rates. This report has data on screenings at the level of hospital districts. The Finnish Cancer Registry publishes comprehensive regional data about cancer mortality and survival. The regional indicator rates for cancer mortality and survival are available at the Cancer Registry's website<sup>5</sup>. For cancers covered by screening programmes, the mortality rates in Finland are lower than the OECD average. In

<sup>5</sup> [www.cancer.fi/syoparekisteri/en/statistics/](http://www.cancer.fi/syoparekisteri/en/statistics/)

2011, the age-standardised mortality from cervical cancer was in Finland one of the lowest among the OECD countries (1.4 per 100 000 women), well below the OECD average (3.7 per 100 000 women). Even the age-standardised mortality from breast cancer was in Finland (23.1 per 100 000 women) lower than the OECD average (26.3 per 100 000 women).

In 2000–2011, the five-year relative survival rate for cervical cancer was in Finland slightly lower (65%) than the OECD average (66%). The corresponding rate for breast cancer was in Finland slightly higher (86%) than the OECD average (84%).

Nearly 60% of women aged 20–60 in the OECD countries took part in population-based screening programmes for cervical cancer in 2011 (Figure 27). In Finland, the cervical cancer screening rate was 68%, showing a slight decline on previous years. Of all the women in the age group 30–60 who are, by law, eligible for cervical cancer screening, 99.4% did receive an invitation to a screening test (Figure 28). In hospital districts this rate varied from 98% to 100% in 1999–2001. A total of 67.7% of all women invited to a screening test did receive the test. The hospital districts of Itä-Savo, South Ostrobothnia and Etelä-Savo had the highest rates of performed screening tests (76–77%), and Åland and the hospital district of Helsinki and Uusimaa the lowest (61%).

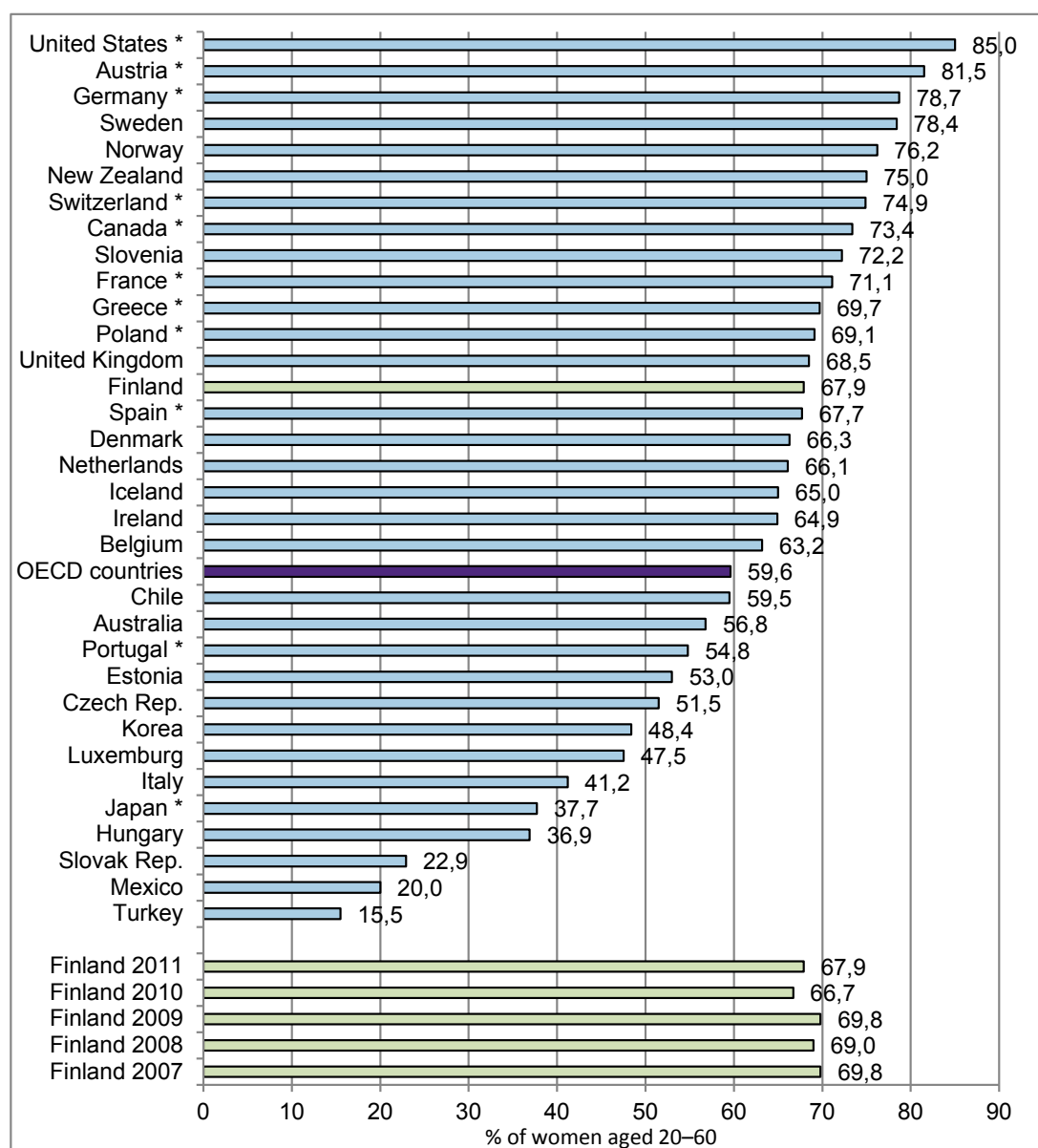
Nearly 62% of women in the OECD countries took part in population-based screening programmes for breast cancer in 2011 (Figure 29). Finland had at 85% the highest rate of the OECD countries. In 1999–2001, 85% of women aged 50–69 were invited to breast cancer screening. There were great variations between hospital districts, ranging from 97–100% in Åland and the hospital district of Helsinki and Uusimaa to 73–74% in the hospital districts of South Karelia and Itä-Savo (Figure 30). A total of 85% of all invited women received the test. The differences between hospital districts were small (85–90%), with the exception of the hospital district of Helsinki and Uusimaa (79%).

It should be taken into account when examining the results that the number of women invited to breast cancer screening on a particular year is not the same as the number of women invited during a two-year screening cycle. As some municipalities invite women to regular screening based on even year of birth and some based on odd year of birth, not all women born in a particular year will be invited to screening the same year. The Government Decree on Screening stipulates that, as of 2007, breast cancer screening invitations are sent to women aged 50–69 every two years and that women born in 1947 or later receive their last invitation at the age of 69. Municipalities have interpreted the decree in different ways; some municipalities invite all women aged 50–69 to screening every two years already now, while some municipalities invite only women born in 1947 or later. As a result, the coverage of the screening invitations, i.e. the proportion of women who actually receive an invitation as a percentage of all eligible women, varies across hospital districts.

The OECD Health Care Quality Indicators also include indicators for mortality and five-year survival rates for colorectal cancer. The average five-year relative survival rate in the OECD countries has improved from 58.0% in 2001–2006 to 61.3% in 2006–2011. In Finland, the corresponding survival rates were 61.3% and 63.8%, respectively. Although Finland ranks well above the OECD average, there are considerable differences between men and women. A sex-specific analysis of the period 2006–2011 reveals that in Finland the male relative survival rate (61.3%) was lower than the OECD average, while the female relative survival rate (66.7%) was higher than the OECD average (61.0%). In the OECD countries, mortality from colorectal cancer was on average 28.3 deaths per 100 000 population in 2011, while the general cancer mortality was 25.0. Statistics from different OECD countries are available in the OECD Health Statistics

database<sup>6</sup>. Some countries have introduced screening programmes for colorectal cancer. Faecal occult blood test is not part of the Finnish screening programme, but several municipalities are participating in a pilot testing the effectiveness of this screening method. If the screening method is adopted as part of the population-based screening programme, the data can be used for creating a quality indicator.

**Figure 27. Cervical cancer screening in women aged 20–60, women screened as a % of all women invited, OECD 2011 and Finland 2007–2011**



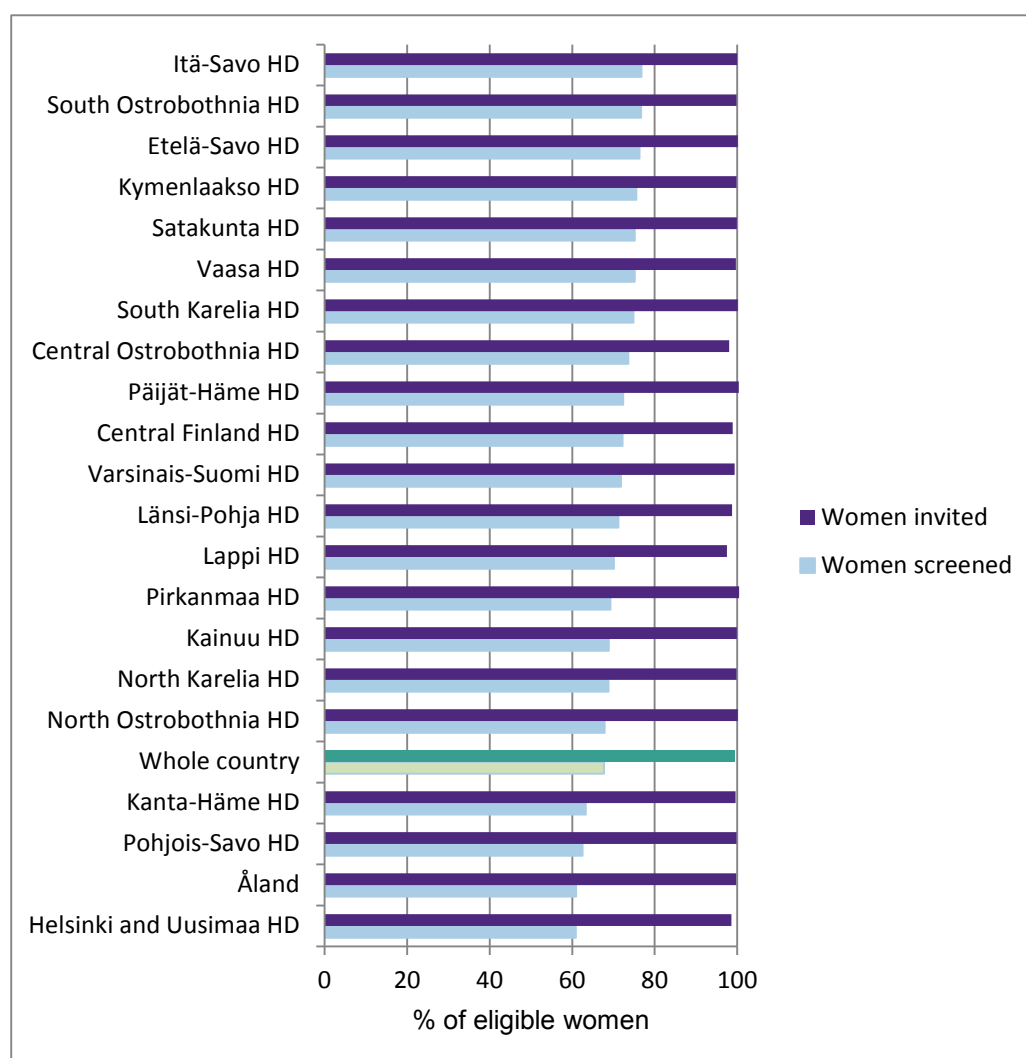
\* Survey data.

The data for Iceland and Luxembourg are three-year averages.

Source for OECD countries: OECD Health at a Glance 2013.

<sup>6</sup> OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

**Figure 28. Cervical cancer screening in women aged 30–60, women invited and women screened, by hospital district, 2009–2011, %**

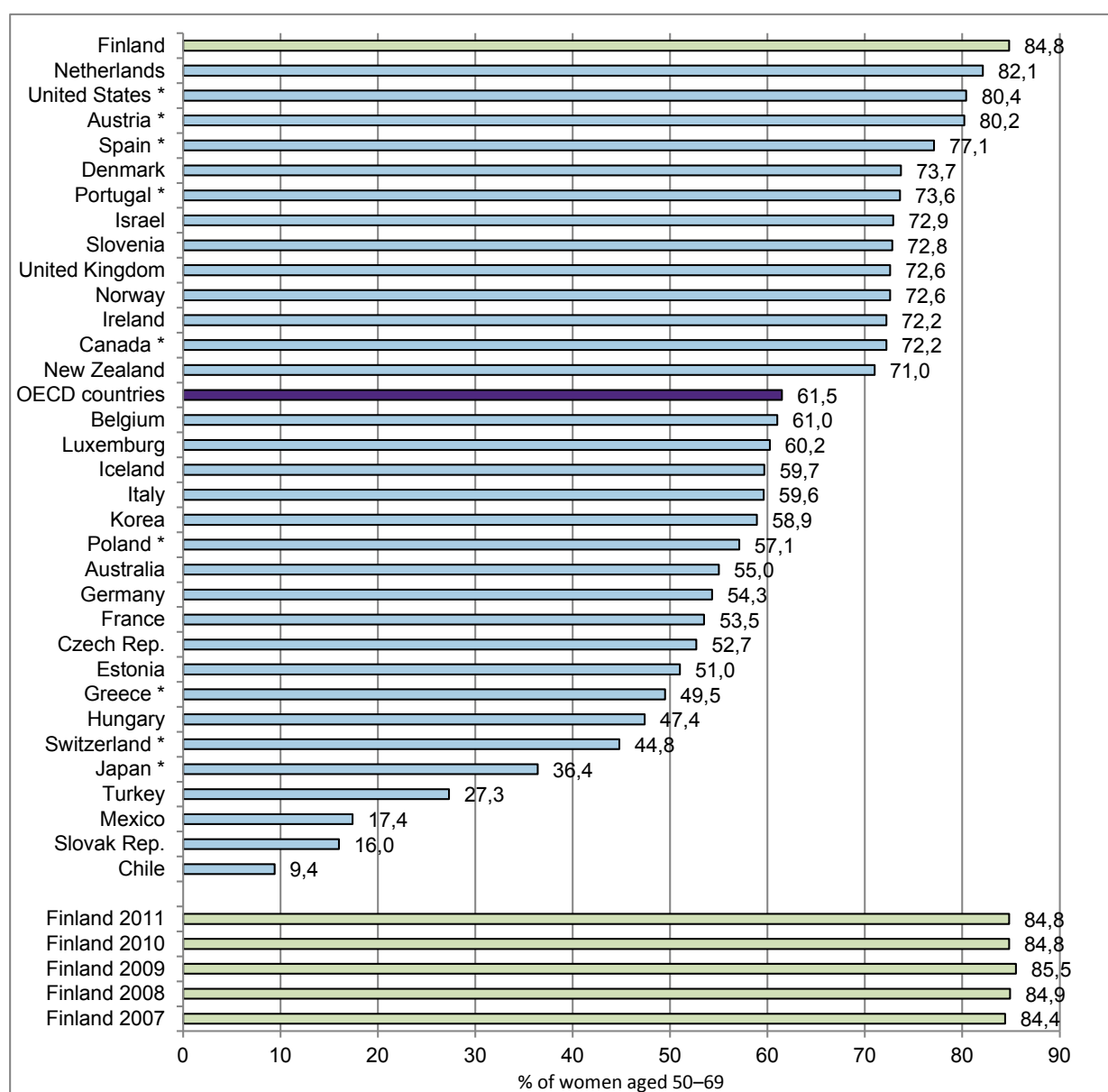


Women invited: Women who were invited to take a screening test.

Women screened: Women who received a screening test.

Source for OECD countries: OECD Health at a Glance 2013.

**Figure 29. Mammography screening in women aged 50–69, women screened as a % of all women invited, OECD 2011 and Finland 2007–2011**



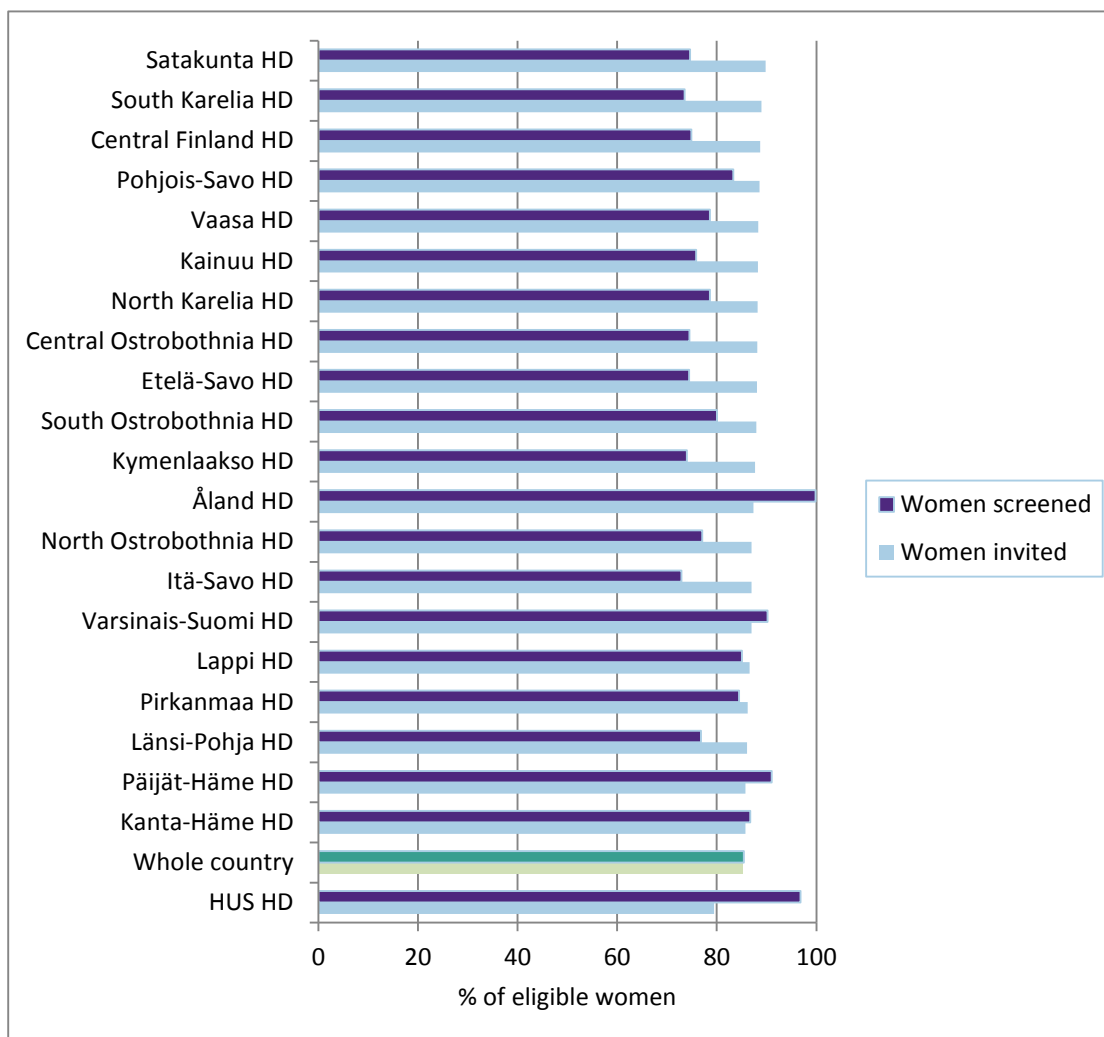
\* Survey data.

The data for Iceland and Luxembourg are three-year averages.

Source for OECD countries: OECD Health at a Glance 2013.



**Figure 30. Mammography screening, women screened as a % of all women invited, and the screening-programme coverage (invitation every two years), by hospital district, 2009–2011**



Women invited: Women who were invited to take a screening test.

Women screened: Women who received a screening test.

## Concepts:

**Hospital admission:** In this statistical report, hospital admission refers to the period during which a patient is registered as a patient on a hospital ward.

**Principal diagnosis:** Principal diagnosis is the diagnosis (disease, defect, injury or adverse effect of a chemical substance) that is demanding the most resources over the course of the patients stay at hospital.

**Secondary diagnosis:** Secondary diagnosis refers to underlying conditions and other comorbid conditions as well as complications that co-exist with the principal diagnosis and affect treatment of the patient.

**Diabetes complications:** Short-term complications of diabetes include acute complications, such as hypoglycemia, diabetic ketoacidosis and diabetic coma, that are caused by disruption of glucose metabolism. Long-term complications of diabetes are permanent (chronic) organic conditions caused by disruption of glucose metabolism. These include renal, eye, neurological, circulatory and joint disorders, among others. Diabetes complications are entered in the Care Register for Health Care with ICD-10 codes (all codes E10–E14, except the codes for diabetes without complications E10.9, E11.9, E12.9 and E13.9).

**Confidence interval:** The confidence interval expresses the margin of error inherent in the figures calculated for a random sampling. Sample data can be expressed as the mean or percentage, for example, and a confidence interval of 95% can be calculated for these values. The confidence intervals show the range within which 95% of the mean or the percentage could be expected to lie, were the study repeated multiple times.

**Excess mortality:** Excess mortality is a ratio of the mortality rate for a particular population group compared with the mortality rate of the general population.

**Vaginal delivery without instrument:** Vaginal deliveries without the use of forceps or vacuum extraction.

**Obstetric trauma:** Third or fourth degree perineal laceration during vaginal delivery (ICD-10: O70.2 or O70.3).

**Cancer mortality:** The number of deaths where the principal cause of death was malignant tumour (ICD-10: C00–C97) per 100 000 population.

**Relative survival rate:** Relative survival is the ratio of the observed survival experienced by patients over a specified period of time after diagnosis to the expected survival in a comparable group from the general population in terms of age and time period.

**Women invited to screening:** Women who are invited to cervical cancer screening every five years and to breast cancer screening every two years, in accordance with the eligible age groups defined in the Government Decree on Screening.

**Women screened:** The women who received a screening test as part of population-based screening programmes for cervical cancer and breast cancer.

## **Literature:**

Arah O et al. A Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. International Journal for Quality in Health Care, Vol 18, Supplement No. 1 ss. 5–13.

Drosler SE. Facilitating cross-national comparisons of indicators for patient safety at the healthsystem level in the OECD countries. OECD Health Technical Papers no. 19, 2008. s. 7–17. <http://www.oecd.org/dataoecd/24/48/40401929.pdf>.

Gissler M, Hämäläinen P, Jääskeläinen M, Larivaara M, Punto T, Rasilainen J, Vuori A: Sairastavuustilastoinnin kehittäminen ja OECD:n laatuindikaattorit Suomessa [Development of morbidity statistics and the OECD quality indicators in Finland]. THL report 54/2012.

OECD Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing.

[http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en).

## **Appendix Tables:**

Appendix Table 1. Primary care quality indicators by hospital district 2012

Appendix Table 2. Mental health care quality indicators by hospital district 2012

Appendix Table 3. Patient safety indicators by hospital district 2008–2012

Appendix Table 4. Cancer screening indicators by hospital district 2009–2011, %

**Appendix Table 1: Primary care quality indicators by hospital district 2012**

I Asthma hospital admissions among patients aged 15 and over per 100 000 population, by hospital district, 2012, 1/100 000

II COPD hospital admissions among patients aged 15 and over per 100 000 population, by hospital district, 2012, 1/100 000

III CHF hospital admissions among patients aged 15 and over per 100 000 population, by hospital district, 2012, 1/100 000

IV Diabetes hospital admissions with principal diagnosis code of uncontrolled diabetes without complications among patients aged 15 and over, by hospital district, 1/100 000

V Hypertension hospital admissions among patients aged 15 and over per 100 000 population, by hospital district, 2012, 1/100 000

		I			II			III			IV			V		
		Unstandar dised	Age- standardi sed	Patients	Unstand ardised	Age- standardi sed	Patients	Unstand ardised	Age- standardi sed	Patients	Unstand ardised	Age- standardi sed	Patients	Unstand ardised	Age- standardi sed	Patients
Whole country	total	65,75	66,26	3 387	157,86	149,08	8 132	319,83	300,33	16 476	61,46	63,2	3 166	82,52	78,0	4 251
	women	89,66	81,46	2 357	108,22	91,88	2 845	358,42	263,28	9 422	57,21	52,0	1 504	112,79	88,2	2 965
	men	40,37	48,01	1 030	207,23	232,59	5 287	276,49	343,33	7 054	65,14	76,3	1 662	50,41	60,5	1 286
HUS	total	45,56	56,45	708	122,14	151,12	1 898	169,57	224,72	2 635	25,61	32,8	398	39,00	49,9	606
	women	65,54	73,60	525	98,37	105,70	788	191,99	197,48	1 538	23,97	27,4	192	50,06	52,5	401
	men	24,31	37,41	183	147,44	217,21	1 110	145,71	260,52	1 097	27,36	40,0	206	27,23	43,8	205
Varsinais-Suomi HD	total	38,40	38,86	181	158,07	149,13	745	307,24	280,34	1 448	76,39	80,5	360	85,30	78,4	402
	women	52,88	48,55	128	105,35	90,38	255	325,15	231,26	787	74,78	71,5	181	112,79	84,4	273
	men	23,12	27,07	53	213,73	233,43	490	288,32	339,72	661	78,08	88,6	179	56,27	64,1	129
Satakunta HD	total	39,09	35,28	88	227,44	188,23	512	350,93	282,38	790	93,28	95,0	210	114,16	95,8	257
	women	60,34	47,22	69	156,54	118,33	179	403,17	254,10	461	81,33	71,9	93	162,67	111,4	186
	men	17,15	19,50	19	300,61	292,90	333	297,00	319,60	329	105,62	120,3	117	64,10	69,5	71
Kanta-Häme HD	total	46,76	47,26	82	120,33	110,20	211	331,34	292,33	581	35,36	37,2	62	50,19	44,9	88
	women	71,52	68,68	64	78,23	63,90	70	391,13	270,30	350	27,94	28,4	25	75,99	55,2	68
	men	20,96	25,35	18	164,21	176,85	141	269,02	313,21	231	43,09	49,3	37	23,29	27,9	20
Pirkanmaa HD	total	34,09	36,04	176	120,85	120,07	624	314,33	302,04	1 623	69,53	75,0	359	61,78	60,1	319
	women	46,43	43,45	122	79,54	69,92	209	371,05	275,08	975	68,50	66,4	180	88,29	70,4	232
	men	21,30	26,81	54	163,67	192,27	415	255,56	330,10	648	70,59	84,1	179	34,31	41,9	87
Päijät-Häme HD	total	52,01	53,52	111	117,15	104,55	250	286,31	256,64	611	64,20	66,2	137	71,70	64,9	153
	women	77,35	76,30	85	95,55	76,08	105	315,77	217,91	347	62,79	56,5	69	93,73	68,4	103
	men	25,12	26,13	26	140,08	146,38	145	255,04	301,43	264	65,69	75,7	68	48,30	57,6	50
Kymenlaakso HD	total	45,23	42,74	79	115,66	97,40	202	266,25	217,42	465	26,91	28,7	47	87,61	76,2	153
	women	59,78	45,33	53	92,49	67,87	82	296,65	187,52	263	22,56	21,1	20	92,49	64,8	82
	men	30,24	36,41	26	139,55	136,71	120	234,91	257,60	202	31,40	35,4	27	82,57	95,3	71

I Asthma hospital admissions among patients aged 15 and over per 100 000 population, by hospital district, 2012, 1/100 000

II COPD hospital admissions among patients aged 15 and over per 100 000 population, by hospital district, 2012, 1/100 000

III CHF hospital admissions among patients aged 15 and over per 100 000 population, by hospital district, 2012, 1/100 000

IV Diabetes hospital admissions with principal diagnosis code of uncontrolled diabetes without complications among patients aged 15 and over, by hospital district, 1/100 000

V Hypertension hospital admissions among patients aged 15 and over per 100 000 population, by hospital district, 2012, 1/100 000

		I		II		III		IV		V						
		Unstanda	Age-		Unstand	Age-		Unstand	Age-		Unstand	Age-		Unstand	Age-	
		rdised	standardi	Patients	ardised	standardi	Patients	ardised	standardi	Patients	ardised	standardi	Patients	ardised	standardi	Patients
South Karelia HD	total	49,83	45,70	66	144,22	117,43	191	351,85	276,93	466	67,20	63,8	89	46,81	38,0	62
	women	74,77	58,05	50	104,68	74,77	70	415,74	250,01	278	44,86	36,0	30	61,31	40,9	41
	men	24,40	28,76	16	184,53	184,81	121	286,71	310,37	188	89,98	101,9	59	32,03	31,1	21
Etelä-Savo HD	total	117,95	107,68	124	140,78	109,06	148	744,82	565,53	783	88,46	90,9	93	112,25	85,6	118
	women	159,19	139,73	85	69,30	49,08	37	717,30	417,35	383	86,15	81,7	46	161,07	96,8	86
	men	75,39	82,45	39	214,57	210,54	111	773,22	742,55	400	90,85	105,8	47	61,86	73,2	32
Itä-Savo HD	total	53,26	48,23	24	117,61	85,75	53	474,89	330,24	214	64,35	54,0	29	102,08	70,6	46
	women	56,41	48,52	13	52,07	34,68	12	529,38	285,74	122	56,41	41,5	13	117,16	66,9	27
	men	49,96	52,73	11	186,22	154,59	41	417,86	375,12	92	72,67	69,7	16	86,30	73,9	19
North Karelia HD	total	162,72	146,64	276	149,16	124,61	253	432,75	361,58	734	112,61	108,6	191	94,92	79,9	161
	women	192,38	152,81	164	85,63	63,96	73	567,75	368,86	484	103,23	81,0	88	137,25	94,6	117
	men	132,76	136,11	112	213,36	208,77	180	296,33	333,63	250	122,09	139,5	103	52,15	55,3	44
Pohjois-Savo HD	total	104,36	101,47	259	152,71	135,74	379	551,21	469,54	1 368	90,66	90,2	225	105,16	94,0	261
	women	146,49	126,23	184	80,41	68,21	101	594,72	389,66	747	87,58	73,1	110	143,31	110,1	180
	men	61,19	68,46	75	226,80	232,30	278	506,62	551,84	621	93,82	106,9	115	66,08	68,2	81
Central Finland HD	total	94,05	99,64	235	144,88	141,60	362	387,40	382,53	968	51,23	56,6	128	76,44	76,3	191
	women	135,26	130,03	171	84,63	76,01	107	438,20	333,16	554	41,13	39,4	52	121,02	101,5	153
	men	51,85	63,32	64	206,57	231,41	255	335,38	438,63	414	61,57	73,2	76	30,78	37,9	38
South Ostrobothnia HD	total	63,38	59,67	126	171,02	148,59	340	308,34	249,44	613	93,56	84,2	186	182,09	151,6	362
	women	65,02	52,08	65	103,03	82,19	103	396,11	244,56	396	77,02	56,8	77	257,07	169,5	257
	men	61,72	71,48	61	239,79	254,90	237	219,56	252,40	217	110,29	123,7	109	106,24	113,6	105
Vaasa HD	total	79,86	76,07	134	212,75	192,07	357	387,96	326,38	651	56,02	55,4	94	128,72	114,5	216
	women	112,46	92,68	94	116,05	94,92	97	429,49	285,04	359	56,23	48,3	47	171,08	126,2	143
	men	47,50	52,07	40	308,74	333,26	260	346,74	382,49	292	55,81	65,8	47	86,69	100,2	73

I Asthma hospital admissions among patients aged 15 and over per 100 000 population, by hospital district, 2012, 1/100 000

II COPD hospital admissions among patients aged 15 and over per 100 000 population, by hospital district, 2012, 1/100 000

III CHF hospital admissions among patients aged 15 and over per 100 000 population, by hospital district, 2012, 1/100 000

IV Diabetes hospital admissions with principal diagnosis code of uncontrolled diabetes without complications among patients aged 15 and over, by hospital district, 1/100 000

V Hypertension hospital admissions among patients aged 15 and over per 100 000 population, by hospital district, 2012, 1/100 000

		I			II			III			IV			V		
		Unstanda	Age-	Patients	Unstand	Age-	Patients	Unstand	Age-	Patients	Unstand	Age-	Patients	Unstand	Age-	Patients
		rdised	standardi		ardised	sed		ardised	sed		ardised	sed		ardised	sed	
Central Ostrobothnia HD	total	88,24	84,38	69	240,41	226,13	188	191,82	174,31	150	56,27	62,3	44	217,39	207,0	170
	women	106,66	86,11	42	200,62	172,85	79	213,31	149,66	84	45,71	50,1	18	312,35	247,3	123
	men	69,55	76,65	27	280,78	312,34	109	170,01	206,14	66	66,97	78,6	26	121,07	143,0	47
North Ostrobothnia HD	total	68,32	82,62	273	168,43	191,29	673	292,06	342,35	1 167	51,05	60,9	204	103,61	122,1	414
	women	95,31	102,32	189	106,40	111,96	211	316,68	297,23	628	51,44	54,4	102	156,83	155,1	311
	men	41,73	57,02	84	229,54	302,16	462	267,79	394,10	539	50,68	66,5	102	51,17	70,8	103
Kainuu HD	total	101,66	91,74	79	212,33	172,12	165	226,48	183,38	176	78,50	75,0	61	66,92	57,5	52
	women	141,71	117,72	55	123,67	93,59	48	288,57	185,05	112	90,18	84,7	35	90,18	67,2	35
	men	61,70	61,48	24	300,79	279,44	117	164,54	166,22	64	66,84	69,3	26	43,71	47,2	17
Länsi-Pohja HD	total	58,62	54,92	38	177,40	156,44	115	532,21	462,35	345	120,32	117,5	78	117,24	102,6	76
	women	61,76	49,83	20	138,97	108,27	45	629,98	424,85	204	151,32	127,6	49	176,02	128,1	57
	men	55,48	59,93	18	215,77	237,21	70	434,62	485,88	141	89,39	97,6	29	58,57	62,1	19
Lappi HD	total	205,48	211,63	243	326,39	288,34	386	487,90	453,81	577	129,37	129,8	153	106,54	100,3	126
	women	290,57	271,39	171	251,49	208,91	148	508,08	394,13	299	118,95	104,1	70	132,54	109,3	78
	men	121,19	135,66	72	400,59	405,78	238	467,91	520,89	278	139,70	159,8	83	80,79	89,9	48

## Appendix Table 2: Mental health care quality indicators 2012

I Unplanned re-admission within 30 days to any hospital among patients discharged with schizophrenia, by hospital district, 2012, % of discharged patients

II Unplanned re-admission within 30 days to same hospital among patients discharged with schizophrenia, by hospital district, 2012, % of discharged patients

III Unplanned re-admission within 30 days to any hospital among patients discharged with bipolar disorder, by hospital district, 2012, % of discharged patients

IV Unplanned re-admission within 30 days to same hospital among patients discharged with bipolar disorder, by hospital district, 2012, % of discharged patients

		I		II		III		IV	
		Age- standardised	Patients	Age- standardised	Patients	Age- standardised	Patients	Age- standardised	Patients
Whole country	total	8,07	644	7,12	558	8,95	286	6,84	218
	women	8,82	318	7,82	273	9,34	159	7,08	121
	men	7,39	326	6,49	285	8,43	127	6,54	97
HUS	total	7,99	177	7,31	160	9,15	85	7,56	71
	women	8,40	81	7,80	75	8,96	46	6,78	36
	men	7,64	96	6,88	85	9,18	39	8,38	35
Varsinais-Suomi HD	total	6,11	33	5,00	26	8,02	25	5,16	17
	women	7,14	19	6,32	16	10,06	15	7,00	11
	men	5,11	14	3,66	10	5,91	10	3,24	6
Satakunta HD	total	7,54	25	6,49	22	7,02	7	2,44	3
	women	9,41	16	8,44	15	5,69	3	2,77	2
	men	5,65	9	4,38	7	8,32	4	2,13	1
Kanta-Häme HD	total	9,90	19	9,90	19	12,13	13	12,13	13
	women	7,22	5	7,22	5	18,40	11	18,40	11
	men	13,38	14	13,38	14	5,55	2	5,55	2
Pirkanmaa HD	total	7,91	54	7,35	50	9,25	25	6,12	17
	women	9,60	31	8,94	29	8,18	11	5,88	9
	men	6,19	23	5,73	21	9,96	14	5,91	8
Päijät-Häme HD	total	5,77	18	5,62	17	8,32	7	7,21	5
	women	8,03	10	8,03	10	8,04	6	5,93	4
	men	3,62	8	3,30	7	8,32	1	8,32	1
Kymenlaakso HD	total	2,61	6	2,34	5	0,00	0	0,00	0
	women	3,36	3	3,36	3	0,00	0	0,00	0
	men	1,88	3	1,34	2	0,00	0	0,00	0

I Unplanned re-admission within 30 days to any hospital among patients discharged with schizophrenia, by hospital district, 2012, % of discharged patients

II Unplanned re-admission within 30 days to same hospital among patients discharged with schizophrenia, by hospital district, 2012, % of discharged patients

III Unplanned re-admission within 30 days to any hospital among patients discharged with bipolar disorder, by hospital district, 2012, % of discharged patients

IV Unplanned re-admission within 30 days to same hospital among patients discharged with bipolar disorder, by hospital district, 2012, % of discharged patients

		I		II		III		IV	
		Age- standardised	Patients	Age- standardised	Patients	Age- standardised	Patients	Age- standardised	Patients
South Karelia HD	total	11,13	27	10,09	23	10,33	6	9,31	5
	women	10,34	12	8,36	8	18,62	5	16,85	4
	men	11,99	15	11,99	15	1,72	1	1,72	1
Etelä-Savo HD	total	8,64	10	4,96	6	0,00	0	0,00	0
	women	4,22	3	1,75	1	0,00	0	0,00	0
	men	13,11	7	8,25	5	0,00	0	0,00	0
Itä-Savo HD	total	3,95	4	3,95	4	0,00	0	0,00	0
	women	3,76	2	3,76	2	0,00	0	0,00	0
	men	4,18	2	4,18	2	0,00	0	0,00	0
North Karelia HD	total	8,22	23	7,63	21	5,51	9	4,45	7
	women	10,54	12	10,00	11	6,14	5	6,14	5
	men	6,01	11	5,38	10	4,60	4	2,41	2
Pohjois-Savo HD	total	9,32	47	7,84	40	11,42	28	10,50	26
	women	8,79	21	6,85	16	9,66	12	8,78	11
	men	9,80	26	8,81	24	13,16	16	12,76	15
Central Finland HD	total	3,70	12	2,64	8	5,15	9	3,66	6
	women	4,17	6	3,29	4	3,31	4	2,12	2
	men	3,20	6	1,95	4	7,07	5	5,23	4
South Ostrobothnia HD	total	11,34	53	10,22	46	9,16	13	4,54	6
	women	10,62	28	9,32	24	9,39	7	0,74	1
	men	12,08	25	11,20	22	9,20	6	8,57	5
Vaasa HD	total	7,07	22	6,12	19	9,97	5	6,50	5
	women	7,13	11	6,42	10	17,51	3	11,08	3
	men	6,95	11	5,82	9	2,67	2	1,94	2
Central Ostrobothnia HD	total	5,32	8	4,24	6	0,00	0	0,00	0
	women	4,33	4	2,19	2	0,00	0	0,00	0
	men	6,20	4	6,20	4	0,00	0	0,00	0



I Unplanned re-admission within 30 days to any hospital among patients discharged with schizophrenia, by hospital district, 2012, % of discharged patients

II Unplanned re-admission within 30 days to same hospital among patients discharged with schizophrenia, by hospital district, 2012, % of discharged patients

III Unplanned re-admission within 30 days to any hospital among patients discharged with bipolar disorder, by hospital district, 2012, % of discharged patients

IV Unplanned re-admission within 30 days to same hospital among patients discharged with bipolar disorder, by hospital district, 2012, % of discharged patients

		I		II		III		IV	
		Age- standardised	Patients	Age- standardised	Patients	Age- standardised	Patients	Age- standardised	Patients
North Ostrobothnia HD	total	6,34	48	5,45	40	11,07	25	6,10	14
	women	7,65	28	6,51	23	13,00	17	7,08	9
	men	5,07	20	4,43	17	9,15	8	5,07	5
Kainuu HD	total	11,80	15	10,30	12	8,68	5	3,80	3
	women	12,54	4	11,49	3	3,98	2	2,22	1
	men	11,13	11	9,20	9	13,39	3	5,27	2
Länsi-Pohja HD	total	10,02	14	7,04	12	0,00	0	0,00	0
	women	11,19	7	5,22	5	0,00	0	0,00	0
	men	8,61	7	8,61	7	0,00	0	0,00	0
Lappi HD	total	13,12	26	10,63	18	12,33	10	10,14	9
	women	15,06	15	11,67	10	8,37	5	8,37	5
	men	11,27	11	9,72	8	16,29	5	11,92	4

**Appendix Table 3: Patient safety indicators 2008–2012**

I Obstetric trauma during vaginal delivery without instrument by hospital district, 2008–2012, %

II Obstetric trauma during vaginal delivery with instrument by hospital district, 2008–2012, %

III Foreign body left in during procedure per 100 000 hospital discharges by hospital district, 2008–2012

IV Post-operative pulmonary embolism or deep vein thrombosis per 100 000 hospital discharges by hospital district, 2008–2012

V Post-operative sepsis per 100 000 hospital discharges by hospital district, 2008–2012

VI Accidental puncture or laceration per 100 000 hospital procedures by hospital district, 2008–2012

		I		II		III		IV		V		VI	
		Unstand ardised	Cases	Unstand ardised	Cases	Unstand ardised	Cases	Unstand ardised	Cases	Unstand ardised	Cases	Unstand ardised	Cases
Whole country	total					1,88	88	328,8	3 608	378,4	961	27,4	1 185
	women	0,71 %	1576	3,48 %	888	2,18	57	345,6	1 921	278,0	373	39,9	905
	men					1,50	31	311,7	1 687	490,9	588	13,6	280
HUS	total					1,61	15	406,2	1 232	566,7	370	28,1	232
	women	1,10 %	723	3,58 %	331	1,65	9	416,7	638	414,6	140	44,6	196
	men					1,56	6	395,4	594	729,5	230	9,3	36
Varsinais-Suomi HD	total					2,47	10	293,2	387	338,4	111	27,4	103
	women	0,57 %	107	4,84 %	108	1,32	3	327,8	219	194,6	34	39,3	78
	men					3,94	7	257,7	168	502,1	77	14,1	25
Satakunta HD	total					1,69	4	115,2	46	82,5	9	28,2	63
	women	0,15 %	12	0,48 %	4	3,11	4	90,5	18	51,8	3	40,5	47
	men					0,00	0	139,8	28	117,3	6	14,9	16
Kanta-Häme HD	total					3,37	5	293,8	95	147,5	11	45,8	63
	women	0,72 %	47	6,06 %	51	3,63	3	259,6	43	127,2	5	65,3	47
	men					3,05	2	329,7	52	170,1	6	24,4	16
Pirkanmaa HD	total					1,16	5	246,4	176	379,1	62	18,3	73
	women	0,68 %	147	4,99 %	97	2,05	5	243,0	88	248,5	21	26,5	56
	men					0,00	0	249,8	88	518,7	41	9,1	17
Päijät-Häme HD	total					2,77	5	467,3	242	285,9	24	48,0	81
	women	1,34 %	102	6,79 %	63	2,99	3	534,1	140	243,2	11	80,1	71
	men					2,49	2	398,9	102	335,7	13	12,5	10
Kymenlaakso HD	total					1,33	2	71,0	21	96,1	8	34,6	49
	women	0,70 %	41	2,68 %	15	1,22	1	76,9	12	88,0	4	48,9	36
	men					1,47	1	64,5	9	105,8	4	19,1	13

I Obstetric trauma during vaginal delivery without instrument by hospital district, 2008–2012, %

II Obstetric trauma during vaginal delivery with instrument by hospital district, 2008–2012, %

III Foreign body left in during procedure per 100 000 hospital discharges by hospital district, 2008–2012

IV Post-operative pulmonary embolism or deep vein thrombosis per 100 000 hospital discharges by hospital district, 2008–2012

V Post-operative sepsis per 100 000 hospital discharges by hospital district, 2008–2012

VI Accidental puncture or laceration per 100 000 hospital procedures by hospital district, 2008–2012

		I		II		III		IV		V		VI	
		Unstand ardised	Cases	Unstand ardised	Cases	Unstand ardised	Cases	Unstand ardised	Cases	Unstand ardised	Cases	Unstand ardised	Cases
South Karelia HD	total					4,40	5	287,3	64	217,0	12	65,6	70
	women	0,07 %	3	0,83 %	4	4,94	3	295,4	34	96,6	3	81,7	44
	men					3,78	2	278,6	30	371,0	9	49,1	26
Etelä-Savo HD	total					4,33	5	181,9	41	131,3	7	20,9	23
	women	0,22 %	7	1,63 %	4	3,27	2	209,4	24	137,3	4	36,0	20
	men					5,52	3	153,5	17	124,1	3	5,5	3
Itä-Savo HD	total					2,10	1	187,5	19	238,6	6	77,4	35
	women	0,40 %	5	1,40 %	3	3,82	1	172,9	9	221,2	3	134,2	32
	men					0,00	0	203,0	10	258,8	3	14,0	3
North Karelia HD	total					1,55	3	297,0	96	466,3	36	19,6	36
	women	0,14 %	9	0,53 %	3	1,91	2	318,3	52	385,0	15	25,1	24
	men					1,13	1	275,2	44	549,2	21	13,6	12
Pohjois-Savo HD	total					1,70	5	268,3	183	324,9	51	21,1	59
	women	0,45 %	44	1,83 %	16	2,51	4	348,6	119	255,0	21	29,1	42
	men					0,74	1	187,9	64	402,1	30	12,6	17
Central Finland HD	total					1,44	4	167,4	79	280,5	33	6,5	17
	women	0,57 %	64	2,11 %	27	1,29	2	176,8	43	187,3	12	9,5	13
	men					1,63	2	157,3	36	391,9	21	3,3	4
South Ostrobothnia HD	total					3,85	8	591,9	222	199,6	18	23,6	46
	women	0,55 %	46	2,67 %	21	5,18	6	584,5	111	85,6	4	32,2	33
	men					2,17	2	599,4	111	322,3	14	14,1	13
Vaasa HD	total					1,29	2	309,7	79	372,7	24	32,2	46
	women	1,10 %	83	6,03 %	57	2,32	2	324,0	42	209,2	7	45,6	34
	men					0,00	0	294,9	37	549,6	17	17,6	12

I Obstetric trauma during vaginal delivery without instrument by hospital district, 2008–2012, %

II Obstetric trauma during vaginal delivery with instrument by hospital district, 2008–2012, %

III Foreign body left in during procedure per 100 000 hospital discharges by hospital district, 2008–2012

IV Post-operative pulmonary embolism or deep vein thrombosis per 100 000 hospital discharges by hospital district, 2008–2012

V Post-operative sepsis per 100 000 hospital discharges by hospital district, 2008–2012

VI Accidental puncture or laceration per 100 000 hospital procedures by hospital district, 2008–2012

		I		II		III		IV		V		VI	
		Unstand ardised	Cases	Unstand ardised	Cases	Unstand ardised	Cases	Unstand ardised	Cases	Unstand ardised	Cases	Unstand ardised	Cases
Central Ostrobothnia HD	total					2,50	2	207,7	26	469,7	17	22,9	17
	women	0,53 %	19	3,19 %	11	4,51	2	167,6	11	354,1	7	33,7	13
	men					0,00	0	251,9	15	609,0	10	11,2	4
North Ostrobothnia HD	total					0,53	2	459,8	407	556,6	108	23,8	82
	women	0,21 %	47	1,87 %	41	0,47	1	515,0	229	506,4	53	32,5	58
	men					0,60	1	404,0	178	615,4	55	14,4	24
Kainuu HD	total					0,00	0	256,5	47	196,2	9	26,9	21
	women	0,70 %	18	3,44 %	11	0,00	0	211,8	20	333,5	8	47,1	19
	men					0,00	0	304,0	27	45,7	1	5,3	2
Länsi-Pohja HD	total					2,72	2	430,4	86	568,9	24	24,6	17
	women	0,65 %	18	4,29 %	9	4,98	2	433,4	44	299,1	7	22,3	8
	men					0,00	0	427,4	42	904,7	17	27,0	9
Lappi HD	total					1,41	2	162,1	37	225,7	15	27,4	37
	women	0,26 %	12	1,33 %	5	1,31	1	126,1	15	198,6	7	33,3	23
	men					1,51	1	201,3	22	256,2	8	21,2	14

**Appendix Table 4. Cancer screening indicators by hospital district 2009–2011, %**

	Cervical cancer		Breast cancer	
	Women invited	Women screened	Women invited	Women screened
	%	%	%	%
Whole country	99,4	67,7	85,4	85,3
HUS	98,6	60,9	96,8	79,4
Varsinais-Suomi HD	99,3	71,8	90,2	87,0
Satakunta HD	99,9	75,2	74,6	89,8
Kanta-Häme HD	99,6	63,3	86,7	85,8
Pirkanmaa HD	100,0	69,2	84,5	86,2
Päijät-Häme HD	100,0	72,3	91,0	85,8
Kymenlaakso HD	99,9	75,6	74,0	87,7
South Karelia HD	100,0	74,9	73,6	89,0
Etelä-Savo HD	100,0	76,3	74,4	88,1
Itä-Savo HD	99,9	76,8	72,9	87,0
North Karelia HD	99,8	68,8	78,6	88,2
Pohjois-Savo HD	99,8	62,5	83,3	88,6
Central Finland HD	98,9	72,2	74,9	88,7
South Ostrobothnia HD	99,8	76,7	80,0	88,0
Vaasa HD	99,6	75,1	78,6	88,3
Central Ostrobothnia HD	98,1	73,6	74,5	88,1
North Ostrobothnia HD	100,0	67,8	77,1	87,0
Kainuu HD	99,9	68,9	75,8	88,3
Länsi-Pohja HD	98,7	71,2	76,8	86,1
Lappi HD	97,5	70,1	85,0	86,6
Åland	99,7	61,0	99,8	87,4

## **Quality description**

### **OECD Health Care Quality Indicators in Finland 2011–2012**

#### **Relevance of statistical data**

Since 2002, an international group of experts from a number of OECD member states have been developing indicators to describe quality in health care activities. These indicators are called the OECD Health Care Quality Indicators (HCQI). Even before the OECD project was launched, significant work on quality indicator development was carried out by the Agency for Healthcare Research and Quality (AHCR 2012), under the leadership of the United States and Canada, as well as by a quality indicator project set up by the Nordic Council of Ministers (Kvalitetsmåling i sundhedsvæsenet 2003, Summary in English).

The expertise of the North American and Nordic projects were later combined in the OECD project. The experts selected sets of indicators based on research reviews and panels and tested them for data collection and comparison. The criteria was that the indicators can be used to monitor trends in health system functioning and care quality at the level of general service system performance. The indicators should also describe phenomena that can be influenced with health policy measures. (Arah O et al. A Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. International Journal for Quality in Health Care, Vol 18, Supplement No. 1 ss. 5–13.) Another criteria was that a sufficient number of countries would be able to use their existing databases to produce the data necessary for international comparisons.

The development work has progressed through tests and evaluations the HCQI working group has carried out on the indicator data produced by countries. The selected quality indicator data have been published at two-year intervals in the OECD Health at a Glance report since 2007. In addition, the OECD publishes selected indicator data in its annual Health Statistics. Some indicators created as part of the project have even been included in the Nordic statistics production (NOMESKO 2010).

Several OECD countries have made use of the OECD quality indicators as time series to examine trends in their service systems and as tools for regional comparisons. Examining the service system comprehensively plays a role even in the regional analyses as the indicators focus more on the quality of the health care activities in the region as a whole instead of the activities in a single organisation, e.g. a provider of specialised health services.

The Finnish quality indicators are based on data obtained from the Care Register, the Medical Birth Register, the Cancer Registry and the Mass Screening Registry. All these registers are administered by the National Institute for Health and Welfare. Indicator data have also been obtained from Statistics Finland's causes of death statistics. These data are used in accordance with THL's right to produce statistical data under the Statistics Act and the Act on National Personal Records Kept under the Health Care System.

The Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) is an international economic organisation of 34 democracies with market economies. The OECD produces analyses and country reviews of different aspects of society and gives policy recommendations. It produces international statistics and databases, such as the OECD Health Statistics and the Social Expenditure Database. It aims to produce policy-relevant information to support development in its member states.

#### **Description of methods**

National data were collected for the Health at a Glance 2013 report in accordance with the OECD guidelines, and these guidelines were also used to collect data at the level of hospital districts. This

statistical report is based on indicator data produced for the OECD on the basis of data retrieved from the HILMO Care Register, the Medical Birth Register, the Cancer Registry and the Mass Screening Registry. These indicator data were, then, analysed further to also cover the level of hospital districts.

The indicator data produced at the level of hospital districts are based on the definitions and restrictions adopted by the OECD. For some of the patient safety indicators, the OECD figures are adjusted for the number of secondary diagnoses. In Finland, hospital districts have varying practices for recording secondary diagnoses, and therefore the indicator data at the level of hospital districts are calculated without this adjustment. As a result, these data are not fully comparable with the international data. They are, however, better comparable at the level of hospital districts.

Most of the indicators were calculated by applying the standardisation used in the OECD project (2010 OECD population). This method of standardisation was chosen so as to enable comparison between the Finnish data and the OECD data on its member states. In this way, variations between hospital districts could be examined in the light of variations between different countries.

The data collection guidelines for the OECD Health Care Quality Indicators are available on request from THL and in English on the OECD's website (*Drosler SE. Facilitating cross-national comparisons of indicators for patient safety at the health system level in the OECD countries. OECD Health Technical Papers no. 19, 2008. s. 7-17.*) The OECD indicators are compiled at two-year intervals, and as little amendments as possible are introduced to the data collection guidelines so as to ensure that data remain comparable. Any amendments to the guidelines are carefully documented.

As an OECD member state Finland produces the indicator data regularly, and therefore it must ensure that each data collection can be reproduced in a controlled way. For some indicators, the number of cases in 2012 was not sufficiently high to ensure reliable statistical analyses. For these indicators, the data at the level of hospital districts were calculated for the years 2008–2012. The rest of the indicators are based on 2012 data.

More detailed description of individual indicators is available in Appendix 1.

### **Correctness and accuracy of data**

International comparisons should take into account that there are variations between OECD member states with regard to data sources and calculating of indicators. While some OECD member states use register data, the statistical systems in some other countries rely entirely on population surveys, which means that data are collected as samples or from certain regions only. The OECD guidelines instruct that the data for several indicators should be based on diagnosis on admission. In Finland, however, the indicators are based on diagnoses on discharge, since no diagnoses on admission are recorded in the HILMO Care Register for Health Care. Although the international indicator data are not necessarily fully comparable, each OECD member state has, nevertheless, evaluated their indicator data and approved them for publication together with data from other member states.

An analysis at the level of hospital districts was in 2012 published in THL's Reports series (*Sairastavuustilastoinnin kehittäminen ja OECD:n laatuindikaattorit Suomessa. THL Raportti 54:2012, Summary in English*). Prior to publication, the hospital districts could control and comment on the indicator data. The feedback from hospital districts concerned variations in the quality of data submitted by hospital districts to the Care Register, and lack of entries especially.

For a couple of the indicators no data at the level of hospital districts were produced either because the same data at the level of hospital districts are published regularly elsewhere or because the number of cases in Finland was not sufficient for regional comparisons.

The quality of the data recorded in different registers depends on the recording methods and accuracy as well as on the practices of data collection and processing. While the data used for the quality indicators concern chiefly the activities of hospitals or specialised health care, the conclusions drawn from the indicator data extend also to the activities of primary health care.

### **Timeliness and promptness of published data**

The international OECD indicator data published in this statistical report have been published earlier in the OECD report *Health at a Glance 2013* available at the OECD website. The international data are for the year 2011, or the nearest year available. The Finnish data in this statistical report are for the years 2006–2012. The data on hospital districts are for the year 2012. Indicators where data at the level of hospital districts have been combined cover the years 2008–2012. For Finland, the 2012 data are the most recent data available for an entire operating year.

### **Accessibility and transparency of data**

The OECD has published a report on the health care quality indicators at two year intervals since 2007. The Finnish data are obtained, following the OECD data collection guidelines, from national personal data files in the field of health care. These data files contain data annually submitted by health service providers in accordance with national data collection guidelines. The data collection guidelines for the Care Register are available on THL's website.

The OECD quality indicator rates for Finland were for the first time published as part of a research report (Gissler M, Hämäläinen P, Jääskeläinen M, Larivaara M, Punto T, Rasilainen J, Vuori A: *Sairastavuustilastoinnin kehittäminen ja OECD:n laatuindikaattorit Suomessa*, THL Raportteja 54, 2012, Summary in English).

As part of the report, it was ascertained that the indicator data can be included in the production of statistics. This is the first time the indicator data are published in a statistical report. The aim is to publish a similar statistical report every two years so that the data for the Finnish report are prepared at the same time as the data for the OECD.

### **Comparability of statistical data**

The statistics on the OECD health care quality indicators are very recent, and there is no established corporate data available to enable long-term comparability of the data. The international data are not necessarily fully comparable and can give only indications of variations between countries. For example in the Finnish public sector, specialised health care are provided in two settings, in hospital districts' hospitals and in health centres' inpatient wards for specialised health care. There are variations between countries regarding the recording practices for secondary diagnoses. The regional data for Finland are produced from the hospital districts following a uniform practice. Comparability can, however, be affected by differences or deficiencies in the recording practices.

### **Clarity and consistency**

The Finnish data concerning the country as a whole include even cases where the municipality of residence was recorded as either unknown or abroad. The data concerning the hospital districts include only cases concerning the residents in each hospital district.

### **Special issues concerning the 2014 statistics**

The statistical report on the OECD Health Care Quality Indicators in Finland is published for the first time. Special issues concerning individual indicators are discussed in the indicator description in Appendix 1.



## Description of the OECD Health Care Quality Indicators as well as indicator-specific information

*The numbers after the indicator name refer to the report(s) by OECD and/or THL where the data for the indicators have been published.*

### OECD HEALTH CARE QUALITY INDICATORS, INFECTIOUS DISEASES

- **Vaccination rates for pertussis, children aged 2** <sup>1, 2, 3</sup>
- **Vaccination rates for pertussis, diphtheria, and tetanus, children aged 2** <sup>4</sup>
- **Vaccination rates for measles, children aged 2** <sup>1, 2, 3, 4</sup>
- **Vaccination rates for hepatitis B, children aged 2** <sup>2, 3, 4</sup>
- **Incidence of pertussis** <sup>1</sup>
- **Incidence of measles** <sup>1</sup>
- **Incidence of hepatitis B** <sup>2</sup>
- **Influenza vaccine coverage, population aged 65 and over** <sup>1, 3, 4</sup>

*A description of the selection criteria and the perspective from which the service delivery system is monitored as well as additional information about the indicator and its reliability*

The indicators describe the performance of infectious disease control and the national vaccination programme. The Finnish national vaccination programme includes vaccination against pertussis, diphtheria, tetanus and measles. Vaccination against hepatitis B is not part of the general childhood vaccination programme and is only provided to high risk groups. Finland has not reported to the OECD any coverage data concerning this vaccine, because no such reliable data has been available. The National Infectious Diseases Register includes data on reported cases of the diseases included in the childhood vaccination programme. Data on the vaccination coverage for children have been collected with surveys, but as of 2014 data are retrieved directly from the Register of Primary Health Care Visits (AvoHILMO). Collection of vaccination data with surveys will be gradually replaced by data retrieval directly from the AvoHILMO Register. This will also enable access to regional data. The incidence data retrieved from the National Infectious Diseases Register have been found reliable.

Influenza vaccination coverage reflects the performance of infectious disease control and the national vaccination programme from the perspective of the elderly populations' well-being. Influenza increases mortality and the use of hospital services, and it can also expedite institutionalisation as a result of general deterioration. Influenza vaccines have been shown to prevent the disease and its consequences. Even influenza vaccination data will be retrieved directly from the AvoHILMO Register.

## **OECD HEALTH CARE QUALITY INDICATORS, DIABETES**

- **Diabetes short-term complications admission rate**<sup>2, 5, 6</sup>
- **Diabetes long-term complications admission rate**<sup>5, 6</sup>
- **Uncontrolled diabetes admission rate**<sup>3, 4, 5, 7</sup>
- **Diabetes lower extremity amputation rate** (Diabetes lower extremity amputation rate)<sup>2, 5</sup>
- **Annual retinal exam for diabetics**<sup>1</sup>

*A description of the selection criteria and the perspective from which the service delivery system is monitored as well as additional information about the indicator and its reliability*

The onset of diabetes can be prevented with healthy lifestyles. Diabetes complications can be prevented with good diabetes control. Primary care plays an important role in health promotion and in the optimal management of diabetes. There are indicators for both immediate and long-term management of diabetes. Short-term complications of diabetes include hospital admissions where the principal diagnosis is hypoglycemia, diabetic ketoacidosis or diabetic coma. The development of long-term complications is examined separately, covering all hospital admissions where the principal diagnosis is other than a short-term complication of diabetes (renal, eye, circulatory disorders, etc.). There is also an indicator for lower extremity amputations. Hospital admission rates for diabetes measure the performance of hospital wards in treating diabetes without complications. The indicator for annual retinal exam for diabetics reflects the success of diabetes management. The indicators are based on Care Register data on diabetes hospital admissions and give the admission rates among those aged 15 and over per 100 000 population. The rates are standardised to the 2010 OECD population. Data on annual retinal exams for diabetics are not available in Finland.

Data on principal diagnosis and complications are retrieved from the Care Register for Health Care. Recording practices may vary among physicians and organisations. The OECD quality indicators for diabetes are based on the disease classification codes for diabetes and include both Type 1 and Type 2 diabetes. Type 1 diabetes is more common in Finland than in many other countries, and this should be taken into account in international comparisons since hospital admissions are more common for this type of diabetes. However, hospital admissions for Type 1 diabetes are preventable with good diabetes management. A problem with data on lower extremity amputation rates has been to find a reliable definition of the height of amputations included in the indicator. The data system currently used in Finland does not allow retrieval of data on annual retinal exams of diabetics. A reform of the compilation of statistics on outpatient primary health care will possibly improve the situation.

## **OECD HEALTH CARE QUALITY INDICATORS, CARDIOVASCULAR DISEASES**

- **Patient-based AMI 30 day, in-hospital and out of hospital, mortality rate** <sup>3, 4, 5</sup>
- **Admission-based AMI 30 day in-hospital mortality rate** <sup>1, 2, 3, 4, 5</sup>
- **Patient-based ischemic stroke 30 day (in-hospital and out of hospital) mortality rate** <sup>4, 5</sup>
- **Admission-based ischemic stroke 30 day in-hospital mortality rate** <sup>1, 2, 3, 4, 5</sup>
- **Patient-based hemorrhagic stroke 30 day (in-hospital and out of hospital) mortality rate** <sup>5</sup>
- **Admission-based hemorrhagic stroke 30 day in-hospital mortality** <sup>1, 2, 3, 5</sup>
- **CHF admission rate** <sup>2, 5, 6, 7</sup>
- **Hypertension admission rate** <sup>2, 7, 6</sup>

*A description of the selection criteria and the perspective from which the service delivery system is monitored as well as additional information about the indicator and its reliability*

Effective treatment of ischemic heart disease is a combination of high-level basic care, medication in accordance with clinical guidelines, as well as the health care system's ability to provide emergency care, such as thrombolytic therapy. In several countries the indicator is used for purposes of regular hospital benchmarking. In Finland, the indicator is monitored and published as part of THL's PERFECT Project.

Treatment outcomes for ischemic stroke depend on high-quality and speedy emergency care, including transport, thrombolytic therapy, and dedicated stroke units. The indicator describes the performance of specialised health care. In Finland, this indicator also is monitored and published as part of THL's PERFECT Project.

Treatment outcomes for hemorrhagic stroke depend on quick access to treatment in a dedicated stroke unit and on quick diagnosis. The indicator describes the performance of specialised health care. THL's PERFECT Project does not monitor this indicator, but Finland submits national data to the OECD Health at a Glance reports and statistical databases.

The indicator for congestive heart failure (CHF) is based on the Care Register data on the number of hospital admissions with the principal diagnosis of CHF among people aged 15 and over per 100 000 population. The rates are standardised to the 2010 OECD population. The data are retrieved from the Care Register. CHF is a common condition, and the Care Register data can be considered reliable.

The indicator for hypertension is based on the Care Register data on the number of hospital admissions with the principal diagnosis of hypertension among people aged 15 and over per 100 000 population. The rates are standardised to the 2010 OECD population. The data are retrieved from the Care Register. Potential differences in recording practices between hospital districts have not been evaluated. There may be variations in the recording of principal and secondary diagnoses.

## **OECD HEALTH CARE QUALITY INDICATORS, RESPIRATORY DISEASES**

- **Asthma mortality rate, age 5–39** <sup>1, 6, 7</sup>
- **Asthma admission rate** <sup>1, 2, 3, 4, 5, 6, 7</sup>
- **COPD admission rate** <sup>2, 3, 4, 5, 6, 7</sup>

*A description of the selection criteria and the perspective from which the service delivery system is monitored as well as additional information about the indicator and its reliability*

If asthma is properly managed, patients with no underlying conditions should not experience any life-threatening asthma attacks that cannot be controlled with appropriate medical care. Severe underlying conditions are rare in people aged 5–39, and asthma mortality should be avoidable in this age group. The data on asthma mortality are retrieved from Statistics Finland's statistics on causes of death, which can be considered reliable. Asthma mortality among children and young adults is so rare in Finland that the indicator is not applicable for regional comparison.

If properly managed in primary care settings, hospital admissions for deteriorating asthma are avoidable. The indicator is based on the Care Register data on asthma hospital admissions and give the admission rates among those aged 15 and over per 100 000 population. The rates are standardised to the 2010 OECD population. There may be inaccuracies in the Care Register data regarding asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD), which can be partly explained by differences in the grounds for reimbursement for medicine expenses.

The onset of COPD can be prevented with smoking cessation and its exacerbation with early diagnosis and smoking cessation therapy. If properly managed in primary care settings, hospital admissions for even acute exacerbation of COPD are avoidable. The indicator is based on the Care Register data on COPD hospital admissions and give the admission rates among those aged 15 and over per 100 000 population. The rates are standardised to the 2010 OECD population. Potential inaccuracies in the Care Register data regarding asthma and COPD diagnoses may even affect the reliability of the indicator for COPD admission rates.

## **OECD HEALTH CARE QUALITY INDICATORS, MENTAL HEALTH CARE (MH)**

- **Unplanned schizophrenia, same hospital, re-admission rate**<sup>2, 3, 4, 5, 6, 7</sup>
- **Unplanned schizophrenia, any hospital, re-admission rate**<sup>6, 7</sup>
- **Unplanned bipolar disorder, same hospital, re-admission rate**<sup>2, 3, 4, 5, 6, 7</sup>
- **Unplanned bipolar disorder, any hospital, re-admission rate**<sup>6, 7</sup>
- **Excess mortality from schizophrenia**<sup>4, 5</sup>
- **Excess mortality from bipolar disorders**<sup>4, 5</sup>
- **Inpatient suicides among patients diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder**<sup>5</sup>
- **Inpatient suicides among patients diagnosed with mental disorders**<sup>5</sup>
- **Death after discharge from suicide among patients diagnosed with mental disorders**<sup>5</sup>
- **Deaths after discharge from suicide among patients diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder**<sup>5</sup>

*A description of the selection criteria and the perspective from which the service delivery system is monitored as well as additional information about the indicator and its reliability*

The risk for re-admission for schizophrenia is reduced by successful inpatient care and by successful organisation of subsequent outpatient care and support. The OECD measures re-admission to the same hospital that discharged the patient, since in many countries it is not possible to link data for patients treated in different hospitals. Finland, however, can produce even these data. The data are retrieved from the Care Register. At the level of hospital districts, the re-admission rates are fairly low and statistically significant differences are rare. The indicator for bipolar disorder re-admission rates is based on the same criteria for quality of care as the indicator for schizophrenia re-admission rates, and is produced following the same principles.

The indicator for excess mortality is calculated by dividing the number of people aged 15–74 with diagnosed schizophrenia who died during the statistical year with the number of deaths in the general population of the same age. The indicator for excess mortality from bipolar disorders is calculated the same way. The data are retrieved from the Care Register and Statistics Finland's statistics on causes of death. It has not been evaluated to what extent the register data covers all people with diagnosed schizophrenia or bipolar disorder who died during the statistical year. There is discussion over the number of years that should be covered when data on deaths during a statistical year are retrieved from the Care Register using these two diagnoses.

The OECD also collates statistics on suicide rates among patients diagnosed with mental disorders. These suicide rates are so small in Finland that the indicator is not applicable for regional analysis.

## **OECD HEALTH CARE QUALITY INDICATORS, PATIENT SAFETY INDICATORS (PS)**

- **Obstetric trauma, vaginal delivery without instrument**<sup>3, 4, 5, 6, 7</sup>
- **Obstetric trauma, vaginal delivery with instrument**<sup>3, 4, 5, 6, 7</sup>
- **Foreign body left during procedure**<sup>3, 4, 5, 7</sup>
- **Catheter-related bloodstream infections**<sup>6</sup>
- **Post-operative pulmonary embolism or deep vein thrombosis**<sup>3, 4, 5, 7</sup>
- **Post-operative pulmonary embolism or deep vein thrombosis, hip and knee replacement**<sup>4, 5</sup>
- **Post-operative sepsis**<sup>3, 5, 6, 7</sup>
- **Post-operative sepsis, abdominal surgery**<sup>4, 5</sup>
- **Accidental puncture or laceration**<sup>3, 6, 7</sup>
- **Post-operative wound dehiscence**<sup>5</sup>
- **Hip fracture surgery initiated within 48 hours after admission to the hospital**<sup>5</sup>

*A description of the selection criteria and the perspective from which the service delivery system is monitored as well as additional information about the indicator and its reliability*

Obstetric traumas, i.e., third and fourth degree perineal tears during vaginal delivery, are often avoidable by employing appropriate labour management and high quality obstetric care. The indicator rate is the percentage of vaginal deliveries without instrument where the patient had a third or fourth degree perineal tear. The corresponding indicator rate is the percentage of instrument-assisted (forceps or vacuum extraction) vaginal deliveries where the patient had a third or fourth degree perineal tear. The data are retrieved from the Medical Birth Register where there is a specific indicator for suturation of third or fourth degree perineal laceration.

Foreign body (e.g. needle, knife blades or sponges) left in during the procedure is an event that should not take place. The indicator is the number of hospital admissions with a secondary diagnosis of a foreign body left in during procedure divided by the number of all hospital discharges among patients aged 15 and over. The data are retrieved from the Care Register. Regional variations may exist in recording practices. The rates are not standardised, since failure to remove foreign body during procedure is not linked to patient's age or sex.

The indicator for catheter-related bloodstream infections is the number of hospital admissions with a secondary diagnosis of catheter-related bloodstream infection divided by the number of hospital discharges among patients aged 15 and over per 100 000 hospital admissions, according to the Care Register. The rates are both sex- and age-standardised. The indicator includes the following ICD-10 codes: T80.2 Infections following infusion, transfusion and therapeutic injection; T82.7 Infection and inflammatory reaction due to other cardiac and vascular devices, implants and grafts; and T88.0# Infection following immunisation. The indicator was not produced as part of the 2013 data collection since the quality of the available data was not sufficient for international comparisons. There are variations in the recording practices concerning catheter-related procedures, and there is no international standardised classification of the procedures, which would facilitate international comparisons.

The indicator for post-operative pulmonary embolism or deep vein thrombosis is the number of hospital admissions with a secondary diagnosis of post-operative pulmonary embolism or deep vein thrombosis divided by the number of all hospital discharges among patients aged 15 and over. The figure is given per 100 000 hospital admissions. The rates are standardised to the 2010 OECD population. The data are retrieved from the Care Register. Variations in recording practices are possible. The data include only cases where an adverse event was observed during the hospital admission for the procedure in question. In Finland, patients are as a rule discharged at an early stage, and therefore some cases are left outside the indicator data. There is also an indicator for post-operative pulmonary embolism or deep vein thrombosis in hip and knee replacements. However, the number of these cases is so low in Finland that the indicator is not applicable for regional analysis. The OECD group of experts has not observed any differences between the more restricted indicator and the general indicator.

The indicator for post-operative sepsis is the number of hospital admissions with a secondary diagnosis of post-operative sepsis divided by the number of all hospital discharges among patients aged 15 and over per 100 000 hospital admissions. The rates are standardised to the 2010 OECD population. The data are retrieved from the Care Register. Variations in recording practices are possible. The data include only cases where an adverse event was observed during the hospital admission for the procedure in question. In Finland, patients are as a rule discharged at an early stage, and therefore some cases are left outside the indicator data. There is also an indicator for post-operative sepsis in abdominal surgery. However, the number of these cases is so low in Finland that the indicator is not applicable for regional analysis. The OECD group of experts has not observed any differences between the more restricted indicator and the general indicator.

The indicator for accidental puncture or laceration during procedure per 100 000 procedures is the number of hospital admissions with a secondary diagnosis of accidental puncture or laceration divided by the number of all hospital discharges among patients aged 15 and over. The rates are both sex- and age-standardised. The data are retrieved from the Care Register. It is estimated that there are deficiencies in the recording practices. Variations in the recording practices between hospital districts are likely to have a significant impact on the indicator.

The OECD also has a patient safety indicator for post-operative wound dehiscence. Finland has submitted national-level data to the OECD statistical database. It is estimated that the Finnish data are affected by variations in recording practices and by early discharge from hospital. Consequently, the Finnish data cannot be deemed reliable until the recording practices have been evaluated and the data on outpatient care have been included in the indicator.

## **OECD HEALTH CARE QUALITY INDICATORS, CANCERS**

- **Breast cancer five-year relative survival**<sup>1, 2, 3, 4, 5</sup>
- **Breast cancer mortality**<sup>2, 3, 4</sup>
- **Mammography screening in women aged 50–69**<sup>1, 2, 3, 4, 7</sup>
- **Cervical cancer five-year relative survival**<sup>1, 2, 3, 4, 5</sup>
- **Cervical cancer mortality**<sup>2, 3, 4</sup>
- **Cervical cancer screening in women aged 20–69**<sup>1, 2, 3, 4, 7</sup>
- **Colorectal cancer five-year relative survival**<sup>1, 2, 3, 4, 5</sup>
- **Colorectal cancer mortality**<sup>2, 3, 4</sup>

*A description of the selection criteria and the perspective from which the service delivery system is monitored as well as additional information about the indicator and its reliability*

The breast cancer indicators reflect the effectiveness of the cancer care system, taking into account early detection of the disease, correct treatment choices, and correct treatment provision and timing as well as the available resources. The data are retrieved from the Finnish Cancer Registry and the Finnish statistics on causes of death. In Finland, the Cancer Registry publishes comprehensive regional data about cancer mortality and survival rates. These data are available on the Cancer Registry's website (<http://www.cancer.fi/syoparekisteri/en/statistics/>).

The indicator for mammography screening is based on the view that breast cancer screening programmes are an effective way for reducing breast cancer mortality. The indicator reflects the effectiveness of the screening programmes. Screening data are retrieved from the Mass Screening Registry, operating as part of the Finnish Cancer Registry, and the data can be considered reliable.

The cervical cancer indicators reflect, similarly, the effectiveness of the cancer care system, from early detection to treatment. The data are retrieved from the Finnish Cancer Registry and the Finnish statistics on causes of death.

The purpose of cervical cancer screening is to detect precancerous changes, prevent the disease and reduce mortality. The indicator for cervical cancer screening reflects the effectiveness of the screening programme. Screening data are retrieved from the Mass Screening Registry, operating as part of the Finnish Cancer Registry, and the data can be considered reliable.

The indicators for colorectal cancer describe the effectiveness of the colorectal cancer care system. The data are retrieved from the Finnish Cancer Registry and the Finnish statistics on causes of death. As organising colorectal cancer screening is voluntary for the Finnish municipalities, the quality indicator is not available for Finland. Even internationally there are variations in the screening for colorectal cancer. Data on colorectal cancer screenings are, however, already available in the Finnish Cancer Registry.



**The reports by OECD and THL with OECD quality indicator data:**

<sup>1</sup> OECD Health at a Glance 2007.

<sup>2</sup> OECD Health at a Glance 2009.

<sup>3</sup> OECD Health at a Glance 2011.

<sup>4</sup> OECD Health at a Glance 2013.

<sup>5</sup> OECD statistics online: <http://stats.oecd.org>.

<sup>6</sup> Gissler M, Hämäläinen P, Jääskeläinen M, Larivaara M, Punto T, Rasilainen J, Vuori A: Sairastavuustilastoinnin kehittäminen ja OECD:n laatuindikaattorit Suomessa [Development of morbidity statistics and the OECD quality indicators in Finland]. THL report 52/2012.

<sup>7</sup> THL, OECD Health Care Quality Indicators in Finland 2011–2012, Statistical Report 20/2014.